BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME QUARANTE-CINQUIÈME.

Juillet à decembre 1853

PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1853

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES FÉBRILES, ET EN PARTICULIER DE LA PNEUMONIE, DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, ETC.

Par M. F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il y a deux ans, un de nos plus savants et de nos plus honorables confrères m'adressait deux médecins américains, qui possédaient, disaient-ils, un moyen certain pour faire tomber l'état fébrile dans toutes les maladies. C'était là, si elle était réelle, une grande et précieuse découverte ; car si les travaux des médecins modernes nous ont appris à considérer l'état fébrile comme presque toujours lié à une altération des solides ou des liquides de l'organisme ; si la constatation d'un état fébrile réveille immédiatement en nous l'idée d'un travail pathologique, existant dans un point quelconque de l'économie ; si l'intensité de l'état fébrile nous fournit jusqu'à un certain point le moyen de mesurer la gravité et l'étendue de la lésion, il n'en est pas moins vrai que par lui-même, par le trouble qu'il apporte dans les principales fonctions, l'état fébrile a une gravité réelle, et ajoute certainement au danger de la maladie primitive, comme il est peut-être aussi susceptible de faire naître des complications plus ou moins graves. Ne voyons-nous pas, en revanche, que lorsque, ainsi que cela s'observe chez quelques malades privilégiés, la fièvre manque dans les maladies les plus franchement pyrétiques, ces maladies accomplissent leurs périodes et suivent leur marche avec la plus grande simplicité et presque sans aucun danger ? Qui n'a été témoin, par exemple, de ces varioles, de ces pneumonies, et même de ces fièvres typhoïdes (*fièvres sans fiè-*

vre), dans lesquelles l'élément fébrile fait presque complétement défaut, et qui n'a été frappé de la marche éminemment simple et facile de ces maladies?

Bien souvent, j'avais cherché à faire tomber l'état fébrile dans plusieurs maladies, en administrant quelques-uns des hyposthénisants cardiaco-vasculaires de l'école italienne. Presque toujours j'avais échoué dans les affections franchement inflammatoires, et surtout dans la pneumonie, aussi bien avec la digitale qu'avec le colchique, etc. J'accueillis donc avec faveur l'idée qui m'était présentée par ces médecins. Avant tout, cependant, je voulus être bien certain que ce moyen ne pouvait avoir aucune action fâcheuse sur les malades. Mais lorsque ces médecins eurent avalé devant moi un flacon de ce médicament, et lorsqu'ils m'eurent promis sur l'honneur que si cet agent produisait les effets qu'ils en attendaient, et qu'ils avaient déjà obtenus ailleurs, ils en feraient connaître immédiatement la composition, je passai sur la répugnance que m'inspirait l'emploi d'un moyen dont la nature m'était inconnue, et je n'hésitai plus à leur permettre d'en administrer, sous mes yeux, quelques doses aux malades atteints de maladies aiguës que j'avais dans mon service. Pendant deux mois, ces expériences furent continuées; mais, je dois le déclarer, elles n'eurent aucun résultat certain et concluant.

Les choses en étaient là, et j'avais perdu, je l'avoue, l'espérance de trouver un moyen susceptible d'agir sur l'élément fébrile, lorsqu'en continuant des recherches thérapeutiques entreprises depuis plusieurs années sur le rhumatisme articulaire aigu, je fus conduit à essayer la vératrine, dont MM. Piédagnel et Trousseau ont recommandé l'emploi dans ces derniers temps. Par une circonstance toute fortuite, le premier malade chez lequel j'employai ce traitement prit, dans les vingt-quatre heures, *trois centigrammes de vératrine* en six pilules. Les effets physiologiques furent des plus marqués; mais ce qui appela surtout mon attention, ce fut la chute du pouls : de **112** pulsations par minute que le malade présentait la veille, le pouls était descendu à **64**, c'est-à-dire que le pouls était tombé de 48 pulsations dans les vingt-quatre heures. En même temps la chaleur animale était beaucoup diminuée, et quoique très-fatigué par les vomissements, les nausées, le hoquet, le malade se trouvait bien soulagé. Ce fut pour moi un trait de lumière : la vératrine réalisait les espérances que j'avais fondées en d'autres temps sur les hyposthénisants, et sur le remède de ces deux médecins américains.

Les faits si curieux consignés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, d'après M. le docteur Norwood, au sujet de l'emploi du *veratrum*

viride dans le traitement des maladies fébriles, vinrent encore me confirmer dans mon opinion, et m'engagèrent à consulter le travail de ce médecin américain. J'y lus qu'à l'aide de cet agent, M. Norwood avait réussi à faire descendre le pouls entre 56 et 85 pulsations ; qu'il avait obtenu, par l'emploi de ce moyen continué pendant deux ou trois jours au moins, et pendant cinq ou douze jours au plus, la guérison rapide de malades affectés de pneumonies graves, de fièvres typhoïdes, etc. ; j'y lus enfin que M. Norwood n'hésitait pas à considérer le *veratrum viride* comme un agent d'une efficacité certaine contre l'état fébrile, quelle qu'en fût la cause. Je pensai, en cela contre l'opinion de M. Norwood, mais éclairé par ce que je venais d'observer chez mon malade, que c'était à la vératrine que l'on devait rapporter les effets si remarquables obtenus par ce médecin dans le traitement de ces diverses affections. On verra bientôt que mes prévisions étaient fondées ; et sans partager entièrement l'enthousiasme bien naturel de M. Norwood pour le moyen dont il fait usage, et dont la vératrine représente, suivant moi, les propriétés principales, je n'hésite pas à dire, en commençant ce travail, que l'introduction de la vératrine dans le traitement de plusieurs maladies fébriles, réalise un véritable progrès, et mérite par conséquent toute l'attention des médecins.

La pneumonie, la fièvre typhoïde et le rhumatisme aigu sont les maladies dans lesquelles j'ai eu le plus fréquemment l'occasion d'essayer l'emploi de la vératrine ; mais j'en ai fait usage également dans quelques autres maladies, telles que la pleurésie, la péritonite, la rougeole, la phthisie pulmonaire, la néphrite albumineuse, la mammite des femmes récemment accouchées, etc. Je ferai connaître successivement les résultats que j'en ai obtenus. On comprend que dans une question nouvelle j'ai dû publier un assez grand nombre d'observations, dont la lecture sera peut-être fatigante. Je ne saurais cependant trop recommander à ceux de mes confrères qui voudraient tenter à leur tour l'emploi de ce moyen, de les lire avec attention.

1° *De l'emploi de la vératrine dans le traitement de la pneumonie.*—Mes observations de pneumonie traitée par la vératrine ne sont pas très-nombreuses, parce qu'à l'époque où j'ai songé à tenter l'emploi de ce précieux agent thérapeutique dans le traitement de cette grave affection, les pneumonies commençaient à devenir rares. Les six observations qui suivent me paraissent cependant suffisantes pour juger la question, et, comme on le verra, les effets thérapeutiques ont été tellement remarquables dans quelques-uns de ces cas, qu'il faudrait vouloir fermer les yeux à la lumière pour nier les avantages de l'introduction de la vératrine dans le traitement de la pneumonie.

De ces six observations, quatre ont été recueillies chez des adultes, dont deux certainement affectés de tuberculisation pulmonaire, et les deux autres chez des vieillards.

Obs. I. *Double pneumonie avec épanchement pleurétique du côté droit. Antiphlogistiques, vératrine. Amélioration. Rechute. Ventouses et vésicatoire sur la poitrine; vératrine à haute dose. Guérison rapide.* — Salle Saint-Benjamin, nº 11. Terrier (Pierre), trente-deux ans, maçon, entré le 2 mai, sorti le 20 mai. Cet homme, d'une constitution assez chétive, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est d'une bonne santé habituelle et n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, qui lui a duré six semaines et pour laquelle il a été traité par des émissions sanguines. A Paris depuis un mois, il a eu un peu de dévoiement dans les premiers jours de son arrivée et il a très-notablement maigri. Il avait depuis trois mois un rhume dont il avait peine à se débarrasser, et ce rhume durait encore lorsque, le 27 avril, il tomba, étant en sueur, dans une fosse où il y avait deux pieds d'eau; il ne prit aucune précaution, et continua à travailler. Le lendemain, il eut des frissons et un malaise vague. Ces symptômes continuèrent le 29 et le 30, ce qui ne l'empêcha pas de travailler. Mais dans la soirée de ce dernier jour il sentit un point de côté, et le 1er mai il fut obligé de garder le lit, et présenta les symptômes suivants : frissons et fièvre intense, point de côté, gêne très-grande de la respiration, crachats sanglants. Malgré la persistance de ces symptômes graves, le malade se rendit à pied, le 2 mai, d'abord au Bureau central, puis à la Pitié, où l'interne du service le trouva, à la visite du soir, dans un état d'affaissement très-marqué, avec un peu de refroidissement des extrémités et de la cyanose de la face. Le pouls était à 88; cependant, comme les signes de la pneumonie étaient des mieux caractérisés, l'interne lui pratiqua une saignée du bras de 12 onces, qui se couvrit d'une couenne peu épaisse et peu résistante, et lui fit, en outre, donner une potion cordiale.

A la visite du matin, le 3 mai, nous le trouvâmes dans l'état suivant : face amaigrie, bistrée, avec une teinte jaunâtre au pourtour de la bouche, des yeux et des narines, exprimant la souffrance et l'anxiété. Pommettes plaquées de rouge, la droite principalement. Décubitus sur le dos, le malade ne peut se coucher sur le côté droit. Pas de sommeil la nuit; le malade a eu de l'agitation et a battu la campagne. Respiration précipitée, fréquente, plaintive (40 inspirations). Peau chaude, moite ; le malade a transpiré pendant la nuit. Pouls à 108, médiocrement développé, un peu dur. Langue humide, brunâtre, soif vive, pas d'appétit. Ventre indolent; pas de garderobe depuis quatre ou cinq jours. Point de côté en arrière sous les fausses-côtes et du côté droit seulement. Toux assez rare. Quelques crachats muqueux, légèrement jaunâtres. Conservation de la sonorité en avant des deux côtes; du côté droit, seulement, râle sonore, d'un caractère vibratile des plus remarquables. Matité très-marquée du côté droit de la poitrine, en arrière, dans une zone circonscrite qui avoisine la colonne vertébrale, à la partie interne de la fosse sous-épineuse d'une part, et dans les parties déclives, le 1/4 inférieur environ, de ce même côté droit, d'autre part. Souffle tubaire très-éclatant dans le premier point, avec quelques bulles de râle crépitant, et encore pas en très-grande abondance; faiblesse marquée du murmure respiratoire dans les parties déclives. Du côté gauche, la percus-

sion ne fait pas découvrir de matité bien tranchée; mais l'auscultation, pratiquée dans un point circonscrit qui avoisine la racine des bronches, fait entendre du souffle tubaire, avec beaucoup de râle crépitant. Traitement: saignée du bras de 16 onces; 6 pilules de vératrine de 5 milligr., une toutes les quatre heures; tisane pectorale chaude : 2 bouillons.

4 mai. Il a été impossible d'extraire plus de 6 onces de sang par la saignée. Le malade s'est trouvé mal. Le sang est couenneux. Les pilules ont été prises et les vomissements ont commencé à partir de la 3e. Sept ou huit vomissements bilieux. Pas de garderobes. Crachats blanchâtres, teints de sang. Pouls vibrant à 84. Respiration plus libre, mais toujours accélérée (40 inspirations). Face plus naturelle et plus calme, mais toujours jaunâtre; la teinte ictérique est surtout marquée sur la sclérotique. Les urines verdissent et noircissent par l'acide nitrique. L'auscultation fait entendre des râles sonores en avant et à droite, des râles vibrants dans la fosse sus-épineuse droite; à la racine des bronches du même côté, du souffle tubaire profond, à timbre clair, mêlé de râles vibrants et crépitants. A gauche, à la racine des bronches, souffle tubaire, moins éclatant qu'hier, mais toujours très-distinct. (8 pilules de vératrine, une toutes les trois heures; tisane pectorale chaude : 2 bouillons.)

5 mai. Le malade, qui est fort indiscipliné, s'est levé plusieurs fois de son lit dans la journée, à demi habillé, sans avoir de délire cependant, mais parce qu'il se trouvait trop chaudement dans son lit. Les pilules ont été prises, ont déterminé des nausées, mais pas de vomissements ni de garderobes. L'ictère est de plus en plus marqué. Point de côté sous le sein droit. Pouls vibrant, 104 à 108. Plaintes continuelles. Langue chargée d'un enduit blanc-jaunâtre épais. 44 à 48 respirations. Crachats glutineux, teints de sang, nageant au milieu d'un liquide salivaire. Expectoration difficile. En arrière, des deux côtés, la matité et le souffle tubaire se sont étendus. Le souffle est remarquable par son intensité des deux côtés. Le râle crépitant a en grande partie disparu. (8 ventouses scarifiées autour du mamelon droit; long et large vésicatoire d'un pied entre les deux épaules; 8 pilules de vératrine, une toutes les trois heures; tisane pectorale chaude; repos absolu au lit.)

6 mai. Soulagement très-marqué. Les ventouses ont donné 125 gr. de sang légèrement couenneux. Deux vomissements, mais pas de garderobes après les pilules. Respiration plus calme (36 inspirations). Pas de chaleur à la peau : 80 pulsations. Teinte ictérique de plus en plus prononcée. Langue humide, chargée d'un enduit blanchâtre, épais. Soif. Un peu d'appétit. Expectoration plus facile; quelques-uns des crachats sont entièrement blancs. En avant, des deux côtés, on entend des râles sonores très éclatants. En arrière, à droite, souffle beaucoup moins éclatant qu'hier, quoique toujours très-fort, au niveau de la racine des bronches; çà et là un peu de râle crépitant. A gauche, souffle tubaire toujours assez marqué. Les râles vibrants ont reparu. (10 pilules de vératrine, une toutes les deux heures; 150 grammes de vin de Bordeaux; quelques cuillerées de bouillon.)

7 mai. Le malade se trouve mieux et respire facilement. Deux ou trois vomissements, mais pas de garderobes après les pilules. Pouls à 60; 36 respirations, pas de chaleur à la peau. Moins de toux; crachats blanchâtres. Nombreux râles vibrants en arrière. Toujours beaucoup de souffle,

du côté droit, principalement dans la fosse sous-épineuse, mais peu éclatant et mélangé de râle crépitant. Du côté gauche, respiration seulement soufflante. (8 pilules de vératrine, une toutes les trois heures; 250 grammes de vin de Bordeaux; quatre bouillons.)

8 mai. Face remarquablement calme et naturelle. Pas de chaleur à la peau. Pouls extrêmement lent, peu régulier, à 48. Pas de nausées, ni de vomissements; une garderobe. Crachats peu abondants, entièrement blancs. Souffle tubaire toujours très-marqué dans la fosse sous-épineuse droite; râle crépitant dans la toux. Le souffle tubaire a complétement disparu du côté gauche. (6 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures; 250 gr. de vin de Bordeaux; quatre bouillons.)

9 mai. Etat de plus en plus satisfaisant. Pas de chaleur à la peau. Pouls faible, de 48 à 52 pulsations. Peu de toux. Quelques crachats blancs. Appétit. Une seule garderobe solide. (4 pilules de vératrine, une toutes les six heures; 250 grammes de vin de Bordeaux; une portion.)

10 mai. Le malade se relève très-rapidement. Pas de toux; mais quelques crachats avec deux ou trois stries sanguines. Respiration facile; pas de point de côté ni de chaleur à la peau. Pouls faible, 44 pulsations; 20 respirations. Langue humide, peu de soif, bon appétit. Respiration parfaitement nette des deux côtés. Le malade signale à notre attention un frémissement vibratile (frottement pleural), très-fort, très-rude, semblable à du bruit de cuir, en dehors du bord externe de l'omoplate droite. (2 pilules de vératrine; vin de Bordeaux; deux portions d'aliments.)

11 mai. Peau fraîche; pouls à 60, moins développé. Bon sommeil, bon appétit, pas de soif; les crachats contiennent encore quelques stries de sang. Quelques râles vibrants, mais pas de souffle, ni de respiration soufflante du côté droit en arrière. Le frottement pleural persiste. (Même prescription. Trois portions.)

12 mai. Etat toujours extrêmement satisfaisant. Pouls à 44 ou 48 pulsations. On supprime la vératrine.

Les jours suivants, le malade continue de se bien porter et reprend rapidement ses forces. Le frottement pleural disparaît dans la journée du 14 mai. Le malade reste encore quelques jours pour se refaire, et il quitte l'hôpital en parfaite santé le 20 mai.

Certes, il était difficile de trouver un cas plus grave et plus embarrassant que celui dont on vient de lire la relation. Tel était l'affaiblissement du malade que les saignées n'ont pu être supportées. En revanche, dès le premier jour de son emploi, la vératrine a apporté une amélioration des plus marquées dans l'état général. Par suite d'une imprudence du malade, les accidents ont éprouvé le lendemain une exaspération très-alarmante. C'était la première fois que j'employais la vératrine dans la pneumonie; je n'osai pas, dans un cas aussi grave, m'en tenir seulement à l'emploi de ce moyen. Des ventouses scarifiées, un large vésicatoire, et, de plus, la vératrine à haute dose, produisirent en vingt-quatre heures un changement presque merveilleux, et à partir de ce moment, le malade a marché avec la plus grande rapidité vers la guérison.

Obs. II. *Pneumonie du côté droit traitée par les émissions sanguines. Persistance et aggravation des accidents. Emploi de la vératrine. Guérison rapide.*— Salle Saint-Benjamin, n° 5. Pelletier (Auguste-François), quarante-deux ans, charretier, entré le 6 mai, sorti le 22 mai ; homme fort et robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une bonne santé habituelle. Cet homme a déjà eu trois fluxions de poitrine. Se livrant à des travaux rudes, il a contracté l'habitude de boire, du vin surtout, plus rarement de l'eau-de-vie. La veille du jour où ont débuté les accidents, il avait fait un excès de vin. Le lendemain, 2 mai, il se trouvait dans une brasserie où l'appelaient ses occupations de charretier ; on l'invita à boire de la bière ; et, quoiqu'il eût chaud, il en prit successivement sept à huit choppes, et, par-dessus, un petit verre d'eau-de-vie. Immédiatement, il éprouva un malaise qui ne le quitta plus de la journée. Le lendemain, 3 mai, le malaise continuait ; le malade interrompit son travail ; néanmoins, ce ne fut que dans la nuit suivante que se montrèrent le point de côté, la toux, et la gêne de la respiration, ainsi que les crachats sanglants. Le malade resta chez lui, sans traitement actif, jusqu'au 6 mai, jour où il se décida à entrer à la Pitié. L'interne lui pratiqua, dans la soirée, une saignée du bras, qui ne fournit que 8 onces de sang couenneux. Les signes physiques de la pneumonie étaient parfaitement caractérisés. Le pouls était à 84 ; 24 respirations par minute.

Le lendemain, 7 mai, à la visite du matin, la fréquence du pouls et de la respiration était la même que la veille. Nous constatâmes une légère diminution de sonorité dans la fosse sous-épineuse droite, dans une étendue de deux à trois pouces carrés, avec du souffle tubaire, dans un point bien plus circonscrit, vers la partie externe de l'épine du scapulum. (Nouvelle saignée du bras, 4 ventouses scarifiées sur le point douloureux. Tisane pectorale chaude ; 2 bouillons.)

Le 8 mai, les choses paraissaient dans une voie meilleure ; le souffle tubaire s'était affaibli, et du râle crépitant se percevait à ce niveau et tout autour ; le pouls restait cependant à 84, assez développé. Crachats blancs jaunatres, épais ; 16 respirations ; teinte ictérique assez notable. Le sérum du sang de la saignée passait au vert par l'addition de l'acide nitrique. La saignée elle-même était couenneuse. (Nouvelle saignée du bras de 3 palettes. Julep avec oxymel scillitique, 15 grammes. Tisane pectorale chaude ; 2 bouillons.)

9 mai. La pneumonie s'est étendue depuis hier. Le souffle tubaire et la matité occupent toute la fosse sous-épineuse et la racine des bronches du côté droit. Bronchophonie à ce niveau. Respiration forte au-dessus et au-dessous. Râle sibilant, disséminé dans le côté opposé. Pouls très-développé, vibrant, à 100 ou 104. Chaleur vive à la peau ; 16 à 20 respirations. La saignée d'hier a été de 10 onces, et a fourni, comme les précédentes, une couenne épaisse et un caillot rétracté. (6 pilules de vératrine de 5 milligr. chaque, une toutes les quatre heures. Tisane pectorale chaude ; 2 bouillons.)

10 mai. Nombreux vomissements, à partir de la deuxième pilule. Le malade a rempli six grands bassins d'un liquide jaune verdâtre écumeux ; 6 garderobes au moins ; abattement profond ; faiblesse extrême ; voix affaiblie ; face pâle ; plutôt de la fraîcheur que de la chaleur à la peau. Pouls un peu vibrant, mais dépressible, à 68. Pas de gêne dans la respiration ; 28 res-

pirations. Le malade se trouve très-bien sous le rapport des phénomènes thoraciques; il tousse très-peu; quelques crachats glutineux, sucre d'orge, visqueux, adhérents au vase. Langue humide; peu de soif; un peu d'appétit; ventre indolent. Toujours du souffle dans la fosse sous-épineuse droite; mais on commence à entendre du râle crépitant dans la toux. Encore de la bronchophonie. (4 pilules de vératrine, une toutes les six heures; vin de Bordeaux, 250 gram.; 4 bouillons.)

11 mai. Trois vomissements bilieux, à partir de la première pilule. Le malade a pris ses bouillons avec plaisir, et il a bu en une seule fois ses 250 gram. de vin de Bordeaux. Etat général très-satisfaisant; pas de chaleur à la peau. Pouls médiocrement développé, mais moins dépressible qu'hier, à 60 ou 64; respiration moins précipitée, 16 par minute; face meilleure; langue un peu sèche, un peu de soif, appétit. La voix reste encore affaiblie; crachats glutineux, peu abondants, avec quelques stries sanguines. Encore du souffle dans la fosse sous-épineuse droite, assez retentissant, surtout dans l'expiration. Bronchophonie; râle crépitant très-abondant dans la toux. (Même prescription.)

12 mai. Un vomissement et une seule garderobe, après chaque pilule. L'état général est encore plus satisfaisant qu'hier. Pas de chaleur à la peau; pouls à 56 ou 60 par minute, avec quelques retards de temps en temps; de 14 à 16 respirations par minute. Le souffle tubaire perd de son éclat, et commence à se mélanger de râles crépitants et sibilants. (Même prescription; 3 pilules de vératrine, une toutes les huit heures.)

13 mai. Toujours très-bon état. Pas de chaleur à la peau. Pouls médiocrement développé, à 72. Respiration calme, 16 inspirations. Face naturelle, bon appétit, soif modérée. Pas de vomissements. La voix seule n'a pas encore repris son timbre naturel. Il ne reste plus que de la respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse droite; pas de traces de râles crépitant et sibilant. (Même prescription; 2 pilules de vératrine seulement.)

14 mai. Pouls à 60 ou 64 par minute. Pas de vomissements. Trois ou quatre garderobes liquides. Bon appétit. Pas de traces de souffle ni de râle crépitant dans la poitrine. Çà et là, des deux côtés, on entend quelques râles sonores. Le malade nous avoue qu'il s'est levé ces jours derniers. (On supprime la vératrine; tisane pectorale chaude; vin de Bordeaux, 250 grammes; une portion d'aliments.)

Le malade reste encore à l'hôpital jusqu'au 22 mai. Sa poitrine a été examinée tous les jours, et, sauf les quelques râles signalés plus haut et qui ont persisté encore deux ou trois jours, on n'a constaté aucun retour des signes physiques de la pneumonie. Le pouls est tombé à 52 pulsations par minute et le nombre des inspirations à 13. Il est sorti en parfaite santé.

Chez le malade précédent, les accidents ne me parurent pas d'abord assez graves pour nécessiter l'emploi des saignées larges et répétées, comme je les pratique ordinairement dans les pneumonies très-étendues. Malgré trois saignées en trois jours, la maladie s'étendait sous nos yeux, ainsi que l'aggravation des phénomènes généraux et locaux ne nous permettait pas d'en douter. En vingt-quatre heures la vératrine, employée à assez haute dose, a ramené la maladie à des

conditions plus favorables, et le malade n'a pas tardé à entrer en convalescence.

Obs. III. *Pleuro-pneumonie du côté droit, chez un sujet tuberculeux, traitée exclusivement par la vératrine. Guérison rapide.*— Salle Saint-Benjamin, nº 8. Cassegrain (Paul-Eugène), quarante-quatre ans, garçon de magasin, entré le 27 mai, sorti le 8 juin. Cet homme, d'une constitution assez délicate, d'un tempérament lymphatique, livré à un travail très-rude, qui dépasse ses forces (il lamine des volumes pour les relieurs), n'a jamais été malade qu'une seule fois, il y a trois ans, d'une fluxion de poitrine pour laquelle il a été saigné largement, et dont il a été longtemps à se rétablir (vingt-cinq jours à l'hôpital, un mois et demi de convalescence). Il s'enrhume facilement, et, fâcheux antécédent, il est fils d'un père mort phthisique à l'âge de trente-trois ans. Il était malade depuis la veille. Le 26 mai au matin, il s'était rendu à son travail comme d'habitude, lorsque, deux heures après, il a été pris d'un frisson violent, avec pâleur de la face, altération des traits, lassitude générale. Il a continué cependant à travailler jusqu'à midi et demi. Bientôt, alternatives de frisson et de chaleur, accablement profond. Il est rentré chez lui et s'est couché en proie à une fièvre très-vive, qui a augmenté surtout dans la nuit. En même temps, dans le cours de celle-ci, il a commencé à tousser un peu et à cracher du sang. Pas de traitement. Le malade entre le lendemain à l'hôpital; il y vient à pied. On constate chez lui les signes d'une pneumonie et on veut lui pratiquer une saignée, qui ne fournit que 50 grammes de sang. Néanmoins, il se trouve mieux et dort un peu la nuit suivante.

Etat actuel le 28 mai : face animée, couverte de moiteur. Peau chaude et moite. Pouls large, plein, développé, à 104. Respiration précipitée, un peu gênée, 28 à 32 inspirations par minute. Crachats blancs, un peu visqueux, expectorés avec difficulté. Pas de point de côté. Langue humide, un peu rouge à la pointe. Soif vive. Perte d'appétit. Ventre souple, indolent. Constipation depuis trois jours. Poitrine maigre et allongée. Légère diminution de la sonorité sous la clavicule gauche, respiration rude, avec allongement de l'expiration et retentissement de la voix à ce niveau. Diminution très-marquée de la sonorité, à partir de la fosse sus-épineuse droite, dans le côté droit de la poitrine, en arrière, avec perte d'élasticité à mesure qu'on approche des parties déclives. Souffle tubaire très-prononcé, avec le caractère vibrant, dans la fosse sous-épineuse droite, surtout en dehors. Souffle tubaire, dans l'inspiration et l'expiration, au tiers inférieur de la gouttière vertébrale. En dehors et en bas, le souffle se perçoit encore, mais s'affaiblissant de plus en plus à mesure qu'on descend. Les changements de position imprimés au malade font varier la matité, et l'on perçoit alors du râle crépitant dans les points primitivement occupés par le souffle. — Traitement : 6 pilules de vératrine, de 5 milligrammes chaque, une toutes les quatre heures; tisane pectorale chaude; julep diacode; 2 bouillons.

29 mai. Pas de vomissements; mais nausées à deux reprises différentes, et trois garderobes en dévoiement sans coliques. Sensation d'un travail intérieur dans l'estomac après chaque pilule. Peau moins chaude, avec tendance à la moiteur. Pouls moins développé, plus souple, 68 à 70. Face calme et naturelle. Langue extrêmement humide. Le malade a peu toussé et a expectoré quelques crachats opaques, muqueux. Sommeil la nuit, pen-

dant cinq heures ; il ne souffre pas. Ventre souple et indolent. La matité paraît limitée aux parties déclives et à la gouttière vertébrale inférieurement. Souffle tubaire très-circonscrit, au pourtour de l'angle inférieur de l'omoplate et le long de la colonne vertébrale. En dehors et en bas on l'entend encore, mais comme par retentissement. Râle crépitant de retour dans la fosse sous-épineuse. Retentissement considérable de la voix et de la toux à ce niveau. (8 pilules de vératrine, une toutes les trois heures. Même prescription.)

30 mai. A partir de la troisième pilule, les nausées et les vomissements se sont succédé avec tant de violence, que la sœur n'a pas cru devoir lui en donner plus de quatre. Pendant six heures, le malade a été presque continuellement tourmenté par ces symptômes. Sommeil la nuit. Le matin, face très-calme, très-naturelle. Pas de chaleur à la peau. Pouls médiocrement développé, 60 à 64 pulsations. 24 respirations. Langue blanche, très-humide. Soif; un peu d'appétit. Les pilules ont déterminé une sensation de brûlure à la gorge. Il dit avoir eu quelques fourmillements dans les mains. Très-peu de toux ; quelques crachats opaques, non visqueux. Toujours du souffle tubaire, mais d'un timbre bien moins éclatant. Râle crépitant, très-abondant après la toux. Bronchophonie. (6 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures. Même prescription.)

31 mai. Nausées pendant une grande partie de la journée, mais pas de vomissements. Une seule garderobe demi-solide. Le malade se trouve parfaitement bien. Peau fraîche, appétit; un peu de soif; ventre indolent. Crachats purement muqueux. Respiration libre (20 inspirations). Pouls médiocrement développé, à 56. Le souffle tubaire a complétement disparu; il ne reste plus que de la respiration soufflante ; pas de râle crépitant. La respiration se rétablit en bas, excepté en dehors, où elle est encore faible. (4 pilules de vératrine, une toutes les six heures ; même prescription.)

1er juin. Toujours très-bon état. Pas de chaleur à la peau. Pouls à 60. Pas de toux. Peu d'expectoration. Crachats muqueux, glutineux, non adhérents. Mêmes signes d'auscultation et de percussion que la veille. (Tisane pectorale chaude ; 2 pilules de vératrine ; une portion d'aliments.)

2 juin. Le malade se trouve parfaitement bien. Pouls faible, à 60. Langue humide, de couleur rosée. Soif, un peu d'appétit. Pas de nausées ni de vomissements. Deux garderobes seulement. Ventre indolent. Le murmure respiratoire est rétabli partout. Sauf la faiblesse, le malade se trouverait en mesure de quitter l'hôpital. (Vin de Bordeaux, 250 grammes; une portion. On supprime la vératrine.)

Depuis ce jour, le malade a été de mieux en mieux ; il a quitté l'hôpital en parfait état, le 8 juin.

C'est le premier malade chez lequel nous nous sommes borné à l'emploi de la vératrine. La faiblesse de la constitution de cet homme, l'existence probable chez lui d'une tuberculisation pulmonaire, et par-dessus tout la longue convalescence qui avait suivi l'emploi des émissions sanguines dans la première pneumonie, nous engagèrent à nous en tenir à la vératrine, sauf à employer d'autres moyens si le besoin s'en faisait sentir. On a pu voir que la maladie a marché de la manière la plus favorable et la plus rapide vers la guérison.

Obs. IV. *Pneumonie du côté droit chez un sujet tuberculeux, traitée par la vératrine. Amélioration rapide, puis signes de reprise inflammatoire. Vésicatoire continuation de la vératrine. Guérison de la pneumonie. Formation d'excavations tuberculeuses du côté opposé, pendant la convalescence.* — Salle Saint-Benjamin, n° 4. Mère (François), vingt-un ans, charretier, entré le 3 juin ; jeune homme d'une constitution assez chétive, à la poitrine maigre et allongée, rarement malade cependant et surtout très-rarement enrhumé. Il est malade depuis le 1er juin. Au milieu d'une bonne santé, il a été pris, sans cause connue, d'un point de côté en dehors et au-dessous du mamelon droit, avec gêne de la respiration. Trois quarts d'heure après, frisson violent avec tremblement, qui a duré plusieurs heures et a été suivi, dans la soirée, d'une chaleur très-vive. La toux a paru dans la nuit et a augmenté beaucoup la douleur de côté. Le 2 juin, la fièvre était un peu tombée, mais le point de côté persistait. Dans la journée, il a commencé à expectorer des crachats rouillés. Les symptômes persistant, il est entré à l'hôpital le 3 juin.

Etat actuel, le 4 juin. Face un peu colorée ; peau très-chaude et très-sèche. Pouls large, plein, développé, un peu vibrant, à 116; 24 à 28 respirations. Pas de céphalalgie; langue humide, blanchâtre, un peu rouge à la pointe et sur les bords. Soif, un peu d'appétit, pas de nausées ni de vomissements; dévoiement peu abondant et sans coliques, depuis deux jours. Ventre souple, rétracté, indolent. Peu de gêne dans la respiration, excepté quand il se remue ou quand il tousse. Crachats en grande partie aqueux, laissant déposer une portion glutineuse, d'une teinte légèrement jaunâtre ; quelques crachats teints de sang. Point de côté au niveau des 5e et 6e espaces intercostaux droits, en dehors et au-dessous du mamelon droit. Dépression assez marquée sous les clavicules ; mais peu de diminution de sonorité en avant. Respiration généralement forte et rude, en avant, surtout dans le côté droit, avec allongement de l'expiration. Diminution très-marquée de la sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Affaiblissement du murmure respiratoire dans ces deux fosses ; en allant vers l'aisselle, souffle tubaire dans l'inspiration et l'expiration, peu prononcé, mais occupant 5 à 6 centimètres carrés. Pas de râle crépitant, même après la toux. Bronchophonie. Prescription : tisane pectorale chaude ; 8 pilules de vératrine de 5 milligrammes chaque, une toutes les trois heures ; julep diacode ; deux bouillons.

5 juin. Vomissements bilieux très-abondants, avec nausées, à partir de la première pilule. Ces vomissements ont augmenté à mesure que le malade prenait les pilules. Dévoiement à partir de la deuxième ; il est allé une dizaine de fois à la garderobe. Face calme, mais un peu amaigrie. Peau moite, mais sans chaleur. Pouls à 56 ou 60 ; respiration ralentie comme le pouls, 20 respirations. Le point de côté n'a pas entièrement disparu, mais il respire très-librement. Quelques crachats blancs. Langue médiocrement humide, mais sans rougeur ; très-peu de soif ; il a pris du bouillon avec plaisir. Goût amer dans la bouche. Ventre souple, indolent. Gargouillement très-abondant dans la fosse iliaque droite. Les deux premières pilules ont occasionné une sensation de brûlure dans le ventre, l'estomac et l'œsophage. Toujours de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Souffle peu éclatant et traces de râle crépitant dans la partie la plus externe de la fosse sous-épineuse droite. Crépitation très-abondante dans la

toux; elle a envahi une partie des portions du poumon, au niveau desquelles le murmure respiratoire était seulement affaibli. (4 pilules de vératrine, une toutes les six heures. Même prescription.)

6 juin. Vomissements bilieux après chaque pilule et hoquet pendant presque toute la journée d'hier. Ce matin, le malade se trouve très-bien. Face très-calme; moins d'abattement, sommeil. Pas de gêne de la respiration ni do point de côté. Très-peu de toux. Pas de chaleur à la peau; 20 respirations; 60 pulsations, pouls un peu vibrant. Crachats blancs, rares, opaques, avec quelques petites stries de sang. Langue blanche, large, humide, sans rougeur à la pointe ni sur les bords. Ventre souple, indolent. Cinq garderobes depuis hier. A l'auscultation, mélange de respiration sous-crépitante et de râle crépitant dans la face sous-épineuse et au niveau de la gouttière vertébrale. Bronchophonie et autophonie. (5 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures. Même prescription.)

7 juin. Nausées, pas de vomissements; hoquet très-fatigant et presque continuel depuis onze heures du soir. Ténesme, pas de garderobes. Pas de chaleur à la peau, qui est moite; pouls vibrant, quelquefois dicrote, avec des retards et des irrégularités, à 56 ou 60. Respiration entremêlée de hoquet (20 respirations). Le malade se plaint d'avoir beaucoup toussé hier et dans la nuit. Crachats très-abondants, liquides et salivaires, en partie glutineux et teints de sang. Souffle tubaire très-marqué dans la fosse sous-épineuse droite, se propageant vers la gouttière vertébrale; bronchophonie; peu de râle sous-crépitant. La pneumonie paraissait donc s'étendre vers la gouttière vertébrale; nous fîmes appliquer un large vésicatoire sur le côté droit, en arrière. De plus, 4 pilules de vératrine, une toutes los quatre heures, mais à partir de l'après-midi.

8 juin. Los pilules ont déterminé des vomissements si abondants et si répétés, que l'on n'en a administré que trois. La sensation do brûlure a reparu vers les voies digestives supérieures. Très-peu de toux, mais encore des crachats sanglants, glutineux. Pas de chaleur à la peau, pas de gêne de la respiration; 24 respirations; pouls à 56 ou 60, médiocrement développé. Langue humide, blanchâtre; pas de soif, un peu d'appétit; voix affaiblie. Le malade se dit très-faible. Peu de sommeil, mêmes signes stéthoscopiques que la veille. (3 pilules de vératrino pour la nuit. Bouillon et potages. 4 Portions de vin.)

7 juin. Journée d'hier bonne; sommeil; les pilules ont déterminé encore des nausées et des vomissements. Le matin le malade se trouve très-bien, pas de chaleur à la peau. Face calme, naturelle; voix encore un peu éteinte. Pouls lent, 53 pulsations; 16 à 20 respirations. Appétit médiocre, pas de soif; une seule garderobe; ventre souple, indolent. Peu de toux; mais crachats abondants, opaques, arrondis, déchiquetés, jaunâtres. La respiration reparaît dans les points occupés par le souffle tubaire. (3 pilules de vératrine, une toutes les huit heures. Même prescription.)

10 juin. Le malade n'a pris que 2 pilules. Tolérance complète. Il se trouve bien, bon appétit, face naturelle, sommeil. Pouls à 60 ou 64, régulier, un peu vibrant. 16 respirations. Crachats muqueux, jaunâtres, assez abondants. Respiration généralement rude et sèche dans le côté droit en arrière, encore soufflante dans la gouttière vertébrale. (2 Pilules de vératrine. Même prescription).

Les jours suivants, l'état général du malade continue à être satisfaisant;

pendant deux jours encore, il prend deux pilules de vératrine, une le matin et l'autre le soir; il mange une et deux portions. Le 13, nous supprimons la vératrine. Cependant nous étions frappé depuis quelques jours de l'abondance et du caractère particulier de l'expectoration : crachats arrondis, jaunâtres, déchiquetés sur leurs bords, nageant au milieu d'un liquide salivaire. Quelques jours après, le pouls devint plus fréquent, bien que sans chaleur à la peau. Nous n'étions donc pas éloigné de penser que quelque ramollissement tuberculeux s'opérait très-probablement au niveau des points du poumon qui avaient été le siége de la pneumonie. Ce n'est pas cependant de ce côté que se produisaient les phénomènes morbides.

Le 18 juin, nous procédâmes à un examen minutieux de la poitrine de ce jeune homme, et nous découvrîmes du côté gauche en arrière, dans deux points différents, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la gouttière vertébrale, et en dehors du bord externe de l'omoplate, du râle caverneux et du gargouillement. La respiration était très-rude aux deux sommets, soufflante même à la racine des bronches. Malgré ces phénomènes et quoique le malade ait conservé un peu plus de fréquence dans le pouls que dans l'état normal, l'état général est resté satisfaisant, et contrastait par conséquent avec la gravité des altérations qui existaient très-probablement vers la poitrine. L'eau d'Enghien, l'administration à l'intérieur du baume de Tolu et du styrax ont eu pour résultat de diminuer l'expectoration. Ce malade est resté à l'hôpital jusqu'au 10 juillet. Nous l'avons gardé presque malgré lui; car il avait repris depuis longtemps ses forces et son embonpoint. Les signes stéthoscopiques persistaient lors de sa sortie; mais la toux et l'expectoration avaient complétement disparu.

Ici, comme chez le malade de l'obs. III, la pneumonie était entée sur une tuberculisation pulmonaire. Néanmoins, et grâce à l'emploi de la vératrine, la résolution de la phlegmasie pulmonaire s'est opérée sans difficulté, quoique avec un peu plus de lenteur. Nous avons même cru nécessaire de faire appliquer un vésicatoire sur le côté, parce que l'amélioration des signes physiques ne suivait pas celle si marquée qui s'était produite dans l'état général. Dans la convalescence, deux masses tuberculeuses se sont ramollies, et à leur place il s'est formé deux excavations dans le tissu pulmonaire, ce qui n'a pas empêché le malade de se rétablir parfaitement, au moins en apparence.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA POSSIBILITÉ DE RÉDUIRE LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS ET DU FÉMUR, COMPLIQUÉES DE FRACTURE DE CES OS.

Par M. Richet, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours, agrégé à la Faculté, etc.

L'idée de réduire la luxation, dans les cas où il y a en même temps une fracture, n'est pas complétement nouvelle dans la science. Cette pensée s'est présentée déjà à quelques bons esprits, mais elle s'est trouvée, jusqu'à ce jour, perdue dans les recueils de médecine. Le mémoire suivant, lu à la Société de chirurgie, par M. Richet, ainsi que l'a fort justement fait remarquer le rapporteur, M. Gosselin, présente, pour la première fois, un ensemble de faits cliniques et de considérations anatomiques qui doivent faire accepter la doctrine défendue par M. Richet. La sanction des conclusions par la Société de chirurgie nous engage à mettre ce beau travail de M. Richet sous les yeux de nos confrères.

Une remarque de M. Gosselin, que nous devons cependant signaler aujourd'hui, est relative à l'emploi du chloroforme que M. Richet semble trop regarder comme indispensable au succès de son procédé. Suivant le rapporteur, le refoulement bien fait pourrait encore réussir seul dans les cas de double lésion, et l'on devrait y recourir toutes les fois qu'il y aurait contre-indication aux anesthésiques. En effet, outre les contre-indications générales qui peuvent être fournies par l'état de la santé antérieure et par l'ivresse, l'usage du chloroforme peut être empêché par le trouble du système nerveux et de l'économie tout entière, que l'on observe souvent durant les premières heures consécutives aux grandes lésions traumatiques. Pendant ce trouble, l'action du cœur est ralentie ; il y a disposition à la syncope ; l'anesthésie exposerait donc à des dangers. Si l'on est appelé à ce moment, qui est le plus favorable pour la réduction, il faut, sans chloroforme, recourir immédiatement et avec persévérance au procédé de M. Richet. Qu'on le remarque, d'ailleurs, dans l'état de stupeur dont nous parlons, les muscles sont à demi-paralysés, et apportent peu de résistance. Le chloroforme serait inutile en même temps que dangereux.

Cette réserve faite, laissons M. Richet exposer ses faits et développer lui-même sa thèse.

Au mois de septembre 1851, se présenta dans mon service, à l'hôpital Bon-Secours, un homme âgé de soixante-huit ans, atteint d'une luxation de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec fracture du col

anatomique de cet os. En présence de cette lésion, si grave et si peu commune, je songeai de suite aux avantages que je pourrais retirer de l'emploi des anesthésiques pour opérer la réduction immédiate de la luxation et procéder ensuite à l'application de l'appareil des fractures du col ; toutefois, ne voulant pas m'engager, sans avoir mûri mon projet, dans des tentatives regardées jusqu'alors par tous les auteurs comme inutiles, par beaucoup comme téméraires, je remis au lendemain, et après avoir bien réfléchi au procédé qui me paraissait offrir le plus de chances de réussite, j'essayai la réduction, et je fus assez heureux pour obtenir un succès complet. C'est cette observation que je viens aujourd'hui vous soumettre, en l'accompagnant de quelques réflexions qui vous prouveront, je l'espère du moins, que ce résultat, loin d'être l'effet d'un heureux hasard, peut au contraire servir de point de départ à des considérations générales sur l'emploi des anesthésiques dans ces sortes de lésions.

Comme, en matière de chirurgie pratique, il faut laisser parler les faits, je vais vous présenter d'abord l'histoire de mon malade.

Obs. I. — *Fracture du col de l'humérus, compliquée de luxation sous-coracoïdienne de la tête de cet os. — Réduction de la luxation. — Consolidation de la fracture. — Conservation de tous les mouvements.* — Descamps (Joseph), âgé de soixante-huit ans, peintre en bâtiments, est entré le 8 septembre 1851 à l'hôpital Bon-Secours, salle Saint-Edmond, n° 23, pour une lésion de l'épaule gauche. Il était alors dans un état d'ivresse complète. Cependant, le lendemain matin à la visite, je pus recueillir du malade les détails suivants : il descendait un escalier rapide et étroit, lorsque tout à coup, le pied venant à lui manquer, il tomba en arrière ; l'épaule gauche dans cette chute vint heurter l'angle d'une marche supérieure, et lorsque le malade fut relevé, il sentit qu'il ne pouvait plus se servir de son bras, lequel fonctionnait cependant très-bien auparavant.

Cet homme, d'une taille ordinaire, est d'une constitution sèche ; ses membres sont amaigris et permettent une exploration facile. Voici ce que l'inspection des parties lésées nous permet de constater (les détails qui suivent ont été écrits sous ma dictée pendant l'exploration).

L'épaule gauche est sensiblement déformée ; il existe à la partie antérieure, en avant et un peu plus bas que l'acromion, une *saillie anguleuse*, au sommet de laquelle se voit une ecchymose profonde et transversalement dirigée ; au dire du malade, ce serait le point qui aurait supporté tout l'effort de la chute.

Plus en arrière et au-dessous de l'acromion, existe une notable dépression, dans laquelle le doigt indicateur pénètre avec facilité, ce qui permet de constater que la tête de l'humérus a quitté la cavité glénoïdienne. Au-dessus de cet enfoncement, le bec de l'acromion fait une saillie très-marquée, surtout si on la compare à celle du côté opposé.

Si on porte la main dans l'aisselle, on est tout d'abord arrêté par une corde dure, tendue du bord postérieur du creux axillaire au bord antérieur,

un peu oblique de bas en haut et d'arrière en avant, et que l'on reconnaît être formée par le tendon aplati du grand dorsal.

Plus en arrière et en dedans, on rencontre encore une autre saillie plus épaisse. Si l'on porte alors la main plus haut, au-dessus de ces saillies, jusque dans le sommet du creux axillaire, on rencontre une tumeur irrégulièrement arrondie, mobile, et qui paraît isolée, car on peut lui imprimer des mouvements presque en tous sens. Soupçonnant alors que cette tumeur n'est autre que la tête humérale jetée hors de sa cavité, j'imprime à l'extrémité inférieure de l'humérus des mouvements de rotation auxquels elle ne participe aucunement ; je suis même fort surpris de ne déterminer par cette manœuvre aucune crépitation.

Les mouvements de rotation déterminent de très-vives douleurs, et en appliquant la main sur la saillie anguleuse signalée précédemment à la partie antérieure de l'épaule, je reconnais que les mouvements de rotation imprimés à l'extrémité inférieure de l'humérus sont communiqués à cette saillie, ce qui me permet d'affirmer qu'elle est constituée par l'extrémité supérieure d'un fragment tenant au corps de l'humérus, extrémité irrégulière, à dentelures assez prononcées, dont quelques-unes sont incrustées dans les fibres du deltoïde, ce qui explique les douleurs auxquelles donne lieu le mouvement rotatoire.

C'est seulement ici encore que je m'explique la présence de ces deux cordes dures et tendues à la base du creux axillaire, formées par les tendons du grand dorsal et du grand rond, entraînés avec leurs attaches à l'humérus jusque vers la paroi antérieure de l'aisselle.

La mensuration pratiquée de l'acromion à l'épicondyle nous donne 26 centimètres et demi du côté malade, et 29 du côté sain ; le coude est porté en arrière et rapproché du tronc.

La clavicule, l'acromion, l'épine de l'omoplate n'ont subi aucune solution de continuité.

Les mouvements d'abduction et d'élévation sont impossibles, la flexion de l'avant-bras sur le bras ne se fait qu'avec de très-grandes difficultés.

Après cette exploration, je n'hésite pas à prononcer que nous avons affaire à une fracture du col chirurgical de l'humérus, compliquée de luxation en avant de la tête de cet os.

Toutefois, comme la douleur détermine dans tous les muscles qui enveloppent le moignon de l'épaule une véritable contracture qui s'oppose à ce que je puisse mettre en rapport les deux fragments, je soumets le malade aux inhalations du chloroforme pour obtenir, si faire se peut, une résolution complète de cette action musculaire et achever l'examen. En moins de deux minutes, le malade tombe dans un coma profond avec résolution générale, sans avoir passé d'ailleurs par une période d'excitation bien marquée. Il m'est permis alors, ainsi qu'à toutes les personnes qui environnent le malade, de constater avec la plus grande facilité, et sans la moindre hésitation : 1° que la tête de l'humérus, sortie de sa cavité, est en effet luxée *dans le sommet du creux axillaire* où on la trouve sous la forme d'une tumeur irrégulièrement arrondie, très-mobile et détachée du reste de l'os ; 2° que l'extrémité supérieure du fragment inférieur de l'humérus est déplacée en avant sous le deltoïde qu'elle soulève ; 3° qu'il existe enfin un autre petit fragment complétement détaché de cet os, une esquille, en un

mot, flottante, mais enchevêtrée dans les fibres du deltoïde et que la contracture de ce muscle m'avait empêché de reconnaître.

Ainsi se trouva confirmé le diagnostic que j'avais porté précédemment. L'exploration était à peine terminée que le malade sortit de l'anéantissement dans lequel il était plongé, avant qu'il me fût possible de faire de sérieuses tentatives pour réduire la luxation ; mais je pus néanmoins dégager très-facilement le fragment inférieur des fibres deltoïdiennes et constater alors la crépitation, ce qui n'avait pas été possible jusqu'alors, à cause de l'éloignement des deux fragments. Je me contentai de faire appliquer un grand cataplasme sur le moignon de l'épaule et de mettre le bras dans une écharpe, me promettant bien de plonger de nouveau le malade dans l'anesthésie, afin d'essayer un peu plus tard de replacer dans sa cavité la tête de l'humérus.

Le lendemain 10 et surlendemain 11 septembre, je laissai le malade en repos, mais je constatai que le fragment inférieur avait repris sa position à la partie antérieure de l'épaule qui se trouvait de nouveau soulevée par l'extrémité supérieure du fragment ; le bandage, en effet, s'était relâché.

12 septembre. — Je soumets de nouveau le malade à l'inhalation du chloroforme, et profitant alors de la résolution complète dans laquelle il est tombé après une minute et quelques secondes, je saisis le bras, et le ramenant en avant et en bas, je dégage plus facilement encore que la première fois l'extrémité supérieure du fragment inférieur des fibres deltoïdiennes ; cela fait, j'abandonne le bras à un aide, en lui recommandant de se borner à le maintenir vis-à-vis de la cavité glénoïde et de n'exercer sur lui qu'une très-légère traction, de manière à ne déchirer aucun des liens fibreux ou vasculaires qui peuvent encore l'unir au fragment supérieur et servir à la nutrition de ce dernier.

J'embrasse le moignon de l'épaule circulairement avec mes deux mains, les deux pouces appuyant sur la saillie acromiale, tandis qu'avec les quatre doigts de chaque main, portés jusqu'au sommet de l'aisselle, je cherche par des efforts ménagés à ramener la tête de dedans en dehors vers la cavité glénoïde. Malgré le peu de prise qu'offre le fragment, je le sens céder peu à peu, et bientôt, le malade étant toujours soigneusement maintenu dans une résolution complète, je parviens à opérer la réduction, qui se fait sans aucun bruit, et plutôt insensiblement que brusquement, comme cela arrive dans les cas de réduction des luxations sans fracture. Je dois même ajouter que je ne fus pas obligé de déployer de très-grands efforts, ce qui, je l'avoue, me surprit beaucoup, tant j'étais convaincu que j'allais rencontrer une très-grande résistance. Les deux fragments dès lors se trouvèrent en contact, et la régularité du moignon de l'épaule se trouva complétement rétablie. L'aisselle fut explorée de nouveau par tous les assistants, et lorsque nous fûmes tous bien assurés que la réduction et la coaptation étaient parfaites, je songeai, avant le réveil du malade, à appliquer un appareil de contention.

Cet appareil se composa d'un coussin axillaire fait avec de la charpie recouverte d'une compresse, lequel fut porté jusqu'au sommet de l'aisselle, afin d'empêcher tout déplacement nouveau de ce côté. L'avant-bras fut fléchi sur le bras à angle aigu, et la main placée sur l'épaule saine, de telle sorte que l'extrémité inférieure de l'humérus étant portée en avant, l'extrémité supérieure du fragment fut portée en arrière en sens inverse de

celui qu'il affectait primitivement. Dans cette position, le contact me paraissant aussi parfait que possible et bien assuré, je fixai les parties dans cet état à l'aide d'une bande qui laissa à découvert le moignon de l'épaule malade, ce qui devait permettre d'observer les accidents qui pourraient ultérieurement survenir de ce côté.

13 septembre. — Le malade a bien dormi; il n'éprouve qu'un peu d'endolorissement dans l'épaule, qui d'ailleurs est parfaitement conformée. En palpant le moignon, je constate qu'un épanchement de sang assez considérable s'est fait dans l'articulation, et que l'esquille précédemment mentionnée est aujourd'hui parfaitement appréciable à la partie antérieure et externe de l'épaule.

Le 14 et les jours suivants il ne survient aucun accident; le malade mange avec appétit et dort parfaitement, seulement il accuse de l'engourdissement dans le bras et l'avant-bras, et cependant je ne trouve rien qui annonce une lésion d'un des nerfs qui animent le membre thoracique.

Le 4 octobre, l'épanchement de sang a disparu, il ne reste plus qu'une teinte ecchymotique qui a envahi tout le bras et les parois antérieure et postérieure de la poitrine. Je supprime ce même jour le bandage, après m'être assuré toutefois que la réunion des fragments est déjà effectuée. Je craindrais, en laissant plus longtemps le membre dans l'immobilité absolue à laquelle je l'avais condamné d'abord, d'avoir une ankylose complète de l'articulation. Je substitue donc au bandage précédent la simple écharpe Mayor qui permet de très-légers mouvements, suffisants pour empêcher l'ankylose, mais insuffisants pour rompre le cal commencé ou même le retarder.

Le 30 octobre, je fais supprimer tout bandage et donner un bain au malade. Le cal est parfaitement solide; mais, ainsi que je le redoutais, les mouvements sont presque nuls dans l'articulation scapulo-humérale; lorsqu'on observe, en effet, avec attention les mouvements du bras, on voit que c'est à l'aide du glissement du scapulum sur le thorax qu'ils s'opèrent. Je recommande toutefois au malade d'exercer son membre le plus qu'il lui sera possible.

Aujourd'hui, 24 novembre, le malade est encore à l'hôpital, il attend un bandage pour une hernie crurale. En l'examinant ce matin même, je suis fort étonné vraiment de trouver dans l'articulation scapulo-humérale une véritable et très-notable mobilité, ce qui me donne l'espérance qu'il en obtiendra bien davantage encore. L'esquille signalée précédemment reste toujours détachée et mobile, mais chaque fois qu'on l'agite le malade ressent une vive douleur. L'engourdissement de la main et de l'avant-bras a presque disparu, et ne paraît avoir été déterminé que par la pression des pièces d'appareil sous-axillaires. La mensuration, pratiquée de l'acromion à l'épicondyle du côté malade, donne 28 centimètres, c'est-à-dire 1 centimètre et demi de moins environ que du côté opposé, et 1 centimètre et demi de plus qu'avant la réduction. Le malade reviendra, d'ailleurs, souvent à l'hôpital afin que nous puissions observer ce qui surviendra ultérieurement.

27 juin 1852. — Le malade se représente aujourd'hui à la consultation pour un cancer du gland survenu depuis peu et dont il désire être traité.

L'examen de l'épaule malade, que nous nous empressons de faire, nous surprend au dernier point. C'est à peine, en effet, si le malade conserve un

peu de difficulté dans les mouvements : ainsi il porte facilement la main sur sa tête et exécute presque toutes les manœuvres qu'on lui commande, sans éprouver, dit-il, la plus légère douleur. Pour son travail il ne s'aperçoit point que son membre le gêne. L'esquille, signalée précédemment, a disparu, ou du moins est confondue avec les fibres deltoïdiennes qui se sont développées par l'exercice, de telle sorte que le moignon de l'épaule, comparé à celui du côté opposé, a repris sa conformation tout à fait normale.

La mensuration pratiquée de l'acromion à l'épicondyle ne donne qu'un centimètre de différence entre les deux côtés; c'est dire qu'avec les chances d'erreur elle est nulle.

Avant de vous soumettre les réflexions qui m'ont été suggérées par cette observation, il ne sera pas inutile, je pense, de vous présenter un aperçu rapide de ce que pensent, sur cette question de la réduction des luxations compliquées de fracture de l'os déplacé, les classiques les plus estimés, ceux qui font autorité dans la science.

Ces auteurs s'accordent à la regarder comme facile lorsqu'on a affaire à des articulations superficielles, ginglymoïdales, et qui présentent, comme à l'articulation tibio-tarsienne, par exemple, des saillies que presque toujours le pied brise et entraîne dans son déplacement ; bien plus, la difficulté ici n'est pas tant de réduire que de maintenir réduites les surfaces articulaires déplacées.

Dans les cas, au contraire, où la fracture et la luxation siégent sur le fémur ou l'humérus et occupent l'extrémité la plus rapprochée du tronc, la réduction de la luxation est considérée comme *impossible*, et la plupart des chirurgiens, convaincus du peu de chances de réussite des diverses manœuvres conseillées ou employées jusqu'à ce jour, pensent qu'il faut se borner d'abord à obtenir la consolidation de la fracture ; puis, six semaines ou deux mois après, alors que l'on suppose le cal assez solide pour résister à des efforts de traction bien ménagés, ils recommandent, probablement par acquit de conscience, car ils ont bien soin de déclarer à l'avance qu'il n'y a aucune probabilité de succès, de chercher à ramener l'extrémité luxée dans sa cavité articulaire.

Peut-il être permis, en effet, d'espérer qu'un cal aussi récent puisse résister aux efforts de traction énergiques que nécessite la rupture de toutes ces adhérences si solides, lorsqu'on se souvient que pour obtenir ce résultat dans les cas de luxation ancienne sans fracture, on est obligé quelquefois d'employer des forces qui ont suffi à rompre des os aussi résistants que le fémur?

Écoutez d'ailleurs ce que dit à ce sujet notre illustre Boyer : « La possibilité de réduire la luxation est subordonnée à l'espèce d'articula-

tion qui a éprouvé le déplacement, au siége de la fracture et aux circonstances dont elle est accompagnée.

« Quand c'est une articulation orbiculaire entourée de beaucoup de muscles, que la fracture est voisine de l'articulation et se trouve au-dessous de la luxation, la réduction de celle-ci est *impossible* ; il y aurait même beaucoup d'inconvénients à la tenter, parce que les extensions nécessaires pour l'opérer ne pourraient pas être exercées sur le fragment supérieur et que, si on les pratiquait sur le fragment inférieur, elles n'auraient d'autre effet que de tirailler douloureusement les muscles et peut-être même de les déchirer. » Boyer conseille alors de traiter la fracture, et, une fois la consolidation obtenue, de tenter la réduction de la luxation; mais il ne se fait pas illusion sur les chances de succès, car il ajoute : « On a des exemples, à la vérité, qui prouvent qu'on peut réussir dans la réduction d'une luxation ancienne; mais, dans ces cas, il n'y avait pas eu en même temps complication de fracture, maladie qui introduit dans les muscles et dans les ligaments une raideur qui ne leur permet point de céder aux efforts extensifs nécessaires pour opérer le replacement de l'os luxé, et je ne sache pas qu'on soit parvenu à réduire une luxation compliquée de fracture lorsque la nature de l'articulation et les circonstances accidentelles de la maladie n'ont pas permis de commencer la cure par la réduction de la luxation. »

Déjà les auteurs qui avaient précédé Boyer avaient donné les mêmes préceptes. Ainsi, Heister dit que lorsque la fracture siége près de l'articulation, il faut différer la réduction, car il serait impossible de faire l'extension : « Priusquam adjuncta fractura probè fuit glutinata. »

J.-L. Petit tient exactement le même langage : « Il faut, dit-il, réduire la fracture, et, quand le cal sera solide, avoir recours à l'extension. Cette méthode *ne réussit pas toujours*, mais *il n'y en a pas d'autres.* » En lisant dans J.-L. Petit ces paroles : « cette méthode ne réussit pas toujours », je m'attendais à lui voir citer au moins un succès ! N'ayant rien trouvé, j'en ai conclu que ce grand chirurgien avait avancé un fait sans preuves, car, lorsqu'il en a, il ne manque pas de les donner.

Les chirurgiens qui ont suivi Boyer ont répété ces préceptes. Quelques-uns vont plus loin et condamnent cette pratique : Delpech, par exemple, regarde comme très-imprudent d'entreprendre de réduire la luxation après la réunion des fragments. A. Cooper, au contraire, moins timide, propose d'envelopper avec des attelles le membre fracturé, pour exercer les tractions d'une manière plus efficace ; mais cette modification n'a point été adoptée, et l'on comprend difficilement, dit M. Né-

laton, qu'un praticien aussi éminent ait pu donner un semblable conseil.

C'est qu'en effet l'appareil de fracture, fût-il solidifié, comme l'ont récemment proposé les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique*, ne vous permettra pas davantage d'agir sur le fragment luxé autrement que par l'intermédiaire obligé des muscles ou des débris ligamenteux qui unissent encore l'un à l'autre les deux fragments, et nous venons de dire, avec Boyer, non-seulement l'inutilité, mais les graves inconvénients qui pourraient en résulter.

La question en était là lorsque furent découvertes les merveilleuses propriétés de l'éther et du chloroforme, anéantissant la sensibilité générale et suspendant la contraction musculaire volontaire : aussi les chirurgiens, qui depuis longtemps cherchaient les moyens de neutraliser l'influence des puissances musculaires dans les déplacements des os en général, accueillirent-ils avec empressement la nouvelle découverte ; et tous nous avons vu la réduction des luxations récentes non compliquées, qui naguère présentait parfois de si grandes difficultés, devenir d'une si facile exécution qu'il est permis de prévoir aujourd'hui que les nombreux procédés jusqu'ici décrits n'auront bientôt plus dans la pratique qu'une importance secondaire ; il est même vraisemblable qu'on n'aura plus désormais recours aux procédés, si simples cependant, du talon ou de Mothe, que dans les cas exceptionnels où l'on ne pourra se procurer des anesthésiques, ou bien dans ceux qui présenteront quelque contre-indication à leur emploi.

La thérapeutique des luxations compliquées de fracture a-t-elle marché d'un pas égal ? Il est permis d'en douter : il semble que les chirurgiens n'aient pas encore songé à tirer des anesthésiques tout le parti qu'on est en droit d'en attendre, et, pour prouver ce que j'avance, permettez-moi de vous citer quelques extraits d'un article qui parut dans l'Union médicale, le 22 novembre dernier.

(La fin à un prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LE SIROP DE LACTUCARIUM. M. AUBERGIER.

Par M. DESCHAMPS d'Avallon, pharmacien en chef de la maison impériale de Charenton.

En prenant l'engagement de signaler aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* toutes les formules nouvelles, de discuter leur valeur et d'appuyer, autant que nous le pourrions, nos observations sur de bonnes raisons, nous ne pensions pas que nous aurions à discuter des formules qui auraient été approuvées par l'Académie,

et que nous serions arrêté, un instant, par la crainte d'exposer notre opinion ; mais, comme nous devons remplir nos obligations avec impartialité, nous n'hésitons pas à entreprendre cette tâche difficile.

Les premiers expérimentateurs qui découvrirent que la laitue, la thridace et le lactucarium (1) avaient des propriétés hypnotiques assez énergiques pour être placés, parmi les agents thérapeutiques, à côté du pavot, reconnurent que ces substances médicamenteuses pouvaient procurer du soulagement aux malades, alors que l'opium ne leur faisait éprouver aucun bien-être.

Ces expérimentateurs recommandèrent aux praticiens de ne prescrire la thridace et le lactucarium que sous forme solide, parce qu'ils avaient remarqué que 75 centigrammes de thridace, par exemple, n'exerçaient aucune action lorsqu'ils étaient en dissolution dans un looch, tandis que 10 centigrammes de thridace sèche produisaient des effets très-appréciables.

Tous les médecins et tous les pharmaciens ne prirent pas cette recommandation au sérieux, car beaucoup de médecins prescrivirent aussi souvent la thridace en dissolution qu'en pilules, et beaucoup de pharmaciens ne s'astreignirent point à la préparer et à la conserver convenablement ; aussi la thridace n'est-elle plus considérée, par a plus grande partie des praticiens, comme un agent thérapeutique.

Hâtons-nous d'ajouter que nous ne croyons pas qu'un médicament qui agit assez énergiquement à la dose de 10 centigrammes pour être préféré, dans certains cas, à l'opium, puisse perdre ses propriétés lorsqu'on le fait dissoudre dans un peu d'eau, ou bien lorsqu'on boit, par-dessus, une tasse d'infusion sucrée. Nous pensons que l'action d'une chaleur assez élevée, et le défaut de concentration, peuvent parfois occasionner une modification dans les propriétés des extraits qui contiennent des principes facilement altérables.

Si de nombreuses expériences ont fait retrancher la thridace de la matière médicale, il n'en est pas de même du lactucarium ; car il n'a point encore été assez étudié, et M. Aubergier aura rendu un service très-important aux malades, si de sérieuses expériences viennent confirmer les faits qu'il annonce. Nous disons si de sérieuses expériences viennent corroborer les faits annoncés par M. Aubergier, parce qu'il est à remarquer que toutes les nouvelles préparations produisent toujours, à certaines doses, à l'époque de leur découverte, des effets qu'on

(1) Beaucoup de médecins confondent la thridace et le lactucarium. La thridace est l'extrait de la tige de laitue sec (*lactuca sativa*) récoltée lorsqu'elle est prête à entrer en fleurs. Le lactucarium est le suc de laitue tenu par incision et desséché.

n'obtient plus du tout après un certain temps, ou bien, qu'on n'obtient qu'avec beaucoup de peine en augmentant considérablement les doses ; et, nous l'avouerons franchement, nous craignons qu'il n'en soit ainsi du lactucarium, non parce que le lactucarium éprouve, avec le temps, une modification caractéristique, puisque de peu odorant ou d'inodore il devient très-odorant et acquiert une odeur vireuse qui a la plus grande analogie avec l'odeur de l'opium, mais parce que le sirop de M. Aubergier nous paraît contenir bien peu de principes actifs.

Il est vrai que le sirop de lactucarium n'est destiné qu'à remplacer le sirop diacode du Codex, que beaucoup de médecins, dit-on, ne prescrivent qu'avec répugnance, depuis qu'on a signalé que des enfants avaient été empoisonnés par son emploi.

Comme il est toujours utile de chercher à dissiper des incertitudes, nous allons demander la permission d'interrompre nos observations sur le lactucarium, pour étudier rapidement la composition du sirop de pavot, et pour démontrer, à l'aide d'un calcul très-simple, que les empoisonnements sur lesquels on a attiré l'attention des médecins ne peuvent être attribués à l'action du pavot. Le sirop diacode est composé de manière que 30 grammes représentent 30 centigrammes d'extrait alcoolique de pavot, c'est-à-dire, les principes solubles de 2 grammes 40 centigrammes de pavot, ou, en d'autres termes, que 1 gramme de sirop diacode représente les principes solubles de 8 centigrammes de pavot. D'après cela, on voit qu'en prescrivant à un enfant 10 grammes de sirop diacode, à prendre en une ou deux fois, on prescrit l'infusé de 80 centigrammes de pavot (1), ou un poids de pavot tel que les praticiens les plus timides ne craindraient jamais de faire cette prescription.

Il ressort donc de ce calcul que, non-seulement le sirop diacode n'est point à redouter, mais encore que les personnes qui regardent l'infusé de pavot comme plus actif que le sirop diacode sont dans l'erreur, parce qu'elles emploient plus de pavot en prenant l'infusé d'une tête de pavot qu'en prenant 30 grammes de sirop diacode ; et n'est-il pas rationnel de penser, maintenant, qu'il est matériellement impossible d'admettre que le sirop de pavot puisse occasionner un empoisonnement, que ces empoisonnements peuvent avoir été causés par de l'opium, puisque la plupart des médecins et beaucoup de pharmaciens pensent encore que ce sirop doit être préparé avec de l'extrait d'opium ?

(1) Nous ferons remarquer que nous avons pris l'extrait sec de pavot pour base de notre calcul, et que nous avons forcé un peu les doses du pavot, puisque la plus grande partie des pharmaciens n'emploient pas l'extrait sec de pavot pour préparer le sirop diacode.

Revenons au lactucarium, et citons tout d'abord la formule proposée par M. Aubergier.

Pr. Sucre candi..................	10	kilogrammes.
Eau distillée.................	5	kilogrammes.
Eau de fleurs d'oranger........	500	grammes.
Extrait de lactucarium (1)	15	grammes.
Acide citrique...............	15	grammes.

Faites un sirop avec le sucre candi et l'eau, dissolvez l'extrait dans 500 grammes d'eau, passez à travers une toile, et reprenez la partie insoluble avec une suffisante quantité d'eau. Versez ces liqueurs dans le sirop bouillant, ajoutez de l'eau albumineuse par parties, enlevez l'écume, dissolvez l'acide dans un peu d'eau, mêlez cette solution avec le sirop, et ajoutez l'eau de fleurs d'oranger pour l'aromatiser et le décuire.

Lorsqu'on lit avec attention la formule de notre honorable confrère, on est étonné, 1° de reconnaître que la cuillerée de ce sirop ne contient que les principes solubles de 2 centigrammes d'extrait de lactucarium, tandis que la cuillerée du sirop qu'il avait proposé en 1844 représentait les principes solubles de 4 centigrammes de cet extrait; et l'on est tenté de penser que M. Aubergier a diminué la quantité de lactucarium plutôt parce que ce sirop était trop amer, que parce qu'il était trop actif;

2° De voir employer du sucre candi pour préparer un sirop qui doit être clarifié avec de l'albumine, lorsque de beau sucre en pain peut parfaitement convenir, puisqu'il n'est point à craindre que le principe actif du lactucarium, le lactucin, soit précipité par la chaux que ce sucre contient, puisqu'il n'en contient pas;

3° De voir ajouter de l'acide citrique au sirop de lactucarium, puisque cet acide n'est pas nécessaire pour augmenter les propriétés ou pour assurer la conservation de ce sirop. D'ailleurs, nous ne pensons pas que les pharmaciens aient le droit d'ajouter à leurs préparations des corps capables de modifier les propriétés physiques, etc., qui peuvent servir à distinguer les médicaments, dans le seul but de leur donner plus d'éclat, ou de livrer au public un médicament moins coloré;

4° Et de voir un pharmacien aussi habile que M. Aubergier conseiller, en 1853, de préparer un sirop qui contient des principes modifiables par la chaleur, en le faisant bouillir pendant très-longtemps; et de se contenter de dissoudre l'extrait de lactucarium avec 500 gram-

(1) On prépare l'extrait de lactucarium en dissolvant les principes solubles du lactucarium avec de l'alcool à 56° centigrades.

mes d'eau, de passer à travers une toile, de reprendre le résidu avec de l'eau, etc., parce qu'il est impossible, avec cette manipulation, que son sirop représente exactement les principes solubles d'un poids déterminé d'extrait de lactucarium.

Si M. Aubergier avait formulé son sirop de la manière suivante, il aurait obtenu un sirop dont le dosage eût été plus exact.

Pr. Extrait de lactucarium .... 3,50 grammes.
Eau distillée .... 1008,50 grammes.

Pesez l'eau dans un ballon, ajoutez l'extrait, faites digérer, au bain-marie, pendant plusieurs heures. Versez dans le ballon :

Eau de fleurs d'oranger .... 100 grammes.

Laissez refroidir et filtrez.

Pr. Liqueur filtrée.
Sucre candi, dont le poids est indiqué dans la table n° 1 de notre Traité des saccharolés (ou sucre, 1000 grammes; eau, 530 grammes).

Chauffez au bain-marie, laissez refroidir, etc., etc.

Si l'on veut employer du sucre ordinaire, on peut clarifier le sirop par la méthode de M. Desmarest, ou bien le filtrer.

On ne peut pas dire que la proposition que nous faisons n'est pas rationnelle, et que nous nous exposons, en laissant refroidir le digéré de l'extrait de lactucarium, à laisser déposer du lactucin, parce que ce serait douter de l'habileté de M. Aubergier, et supposer que ce savant pharmacien n'a pas tenu compte, en formulant son sirop, de la solubilité du lactucin. D'ailleurs, l'extrait de lactucarium est encore un médicament si complexe, que l'on ne peut pas penser que la recommandation que nous faisons de filtrer le digéré n'a d'autre but que de séparer le lactucin qui se dépose pendant son refroidissement.

Nous ferons remarquer, pour appuyer notre formule, que le sirop qu'on obtient en suivant notre procédé est aussi amer et peut-être un peu plus amer que le sirop de M. Aubergier.

S'il nous paraît difficile d'admettre que du sirop diacode préparé consciencieusement et administré à des doses convenables puisse produire des effets nuisibles; si nous sommes persuadé que le sirop de lactucarium ne contient pas assez de principes actifs, puisque 20 grammes ne présentent que les principes solubles de 2 centigrammes d'extrait; si nous pensons que le lactucarium ne rendra les services qu'on en attend, si toutefois cela est possible, que lorsqu'on l'emploiera à doses élevées; et si nous craignons que le lactucarium ne soit bientôt abandonné des médecins sérieux, nous n'en recommandons pas moins

l'essai du sirop de M. Aubergier ; car il est aussi malheureux de négliger les agents qui doivent procurer du soulagement aux malades, qu'il est dangereux d'employer les substances qui n'ont aucune propriété thérapeutique. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE TRAITEMENT DE L'ANASARQUE PAR LA DIÈTE SÈCHE LACTÉE ET L'OIGNON.

Quelle que soit la cause de l'anasarque, qu'elle dépende d'une suppression de transpiration, de la scarlatine, de la rougeole, d'une maladie de Bright, d'un obstacle quelconque à la circulation veineuse, d'une altération dans la composition du sang, ou simplement de l'interruption de l'influx nerveux, il y a, au milieu de cette infinie variété de circonstances morbides, un fond de communauté, de filiation, un caractère général, que signale et révèle l'effet thérapeutique à peu près constant du traitement de ce symptôme par la diète lactée.

En présence de causes si différentes, aboutissant toutes à l'infiltration générale du tissu cellulaire, on serait disposé, comme on le pratique rationnellement tous les jours, à diriger contre elles les remèdes spéciaux ; c'est ce que nous avons fait nous-même dans notre longue pratique, et sans résultats tant soit peu encourageants. Puis nous étant tourné du côté des diurétiques connus et préconisés par la matière médicale, nous n'avons pas été plus heureux, sauf dans quelques cas très-exceptionnels.

La diète lactée, telle qu'elle est généralement employée, avec un mélange de tisanes diurétiques, de soupes ou de bouillons, n'a pas eu non plus grand succès.

Quant à l'usage de l'oignon et de l'ail, préconisé, ainsi que la diète lactée, par l'illustre Chrétien, je n'en ai pas non plus obtenu grande satisfaction.

Dans cette occurrence, j'ai cherché dans l'usage du lait, du pain et de l'oignon, ainsi que dans l'abstention de toute autre boisson et de tout autre aliment, l'effet diurétique, que ces substances n'avaient pu produire en compagnie d'autres qui pouvaient en neutraliser les effets.

Un albuminurique, dont les urines présentaient à l'analyse les caractères de la maladie de Bright, fut le premier chez lequel je fis l'essai de *trois soupes* au lait par jour, et d'un peu d'oignon après chacune d'elles : en quinze jours l'anasarque disparut, à la suite d'une abondante diurèse. Après un mois, la guérison était complète.

Pareil succès fut ensuite obtenu de la même manière sur une vingtaine d'autres malades atteints d'albuminurie, les uns à l'état aigu et les autres à l'état chronique. Mais voici le plus remarquable.

M. Bonif... fils fut atteint, il y a déjà près de quatre ans, d'une anasarque considérable, remontant jusqu'à la face. Ses urines avaient pris un aspect noirâtre et contenaient une prodigieuse quantité d'albumine; les douleurs des reins étaient insupportables et permanentes. Huit mois s'écoulèrent sans qu'aucune amélioration survînt sous l'influence de la digitale, du nitrate de potasse à haute dose, des sangsues, des vésicatoires, etc.

Le malade, qui n'avait pu résister au besoin de boire et d'associer aux *trois soupes* au lait, des bouillons, de l'eau, ou des tisanes, se décida enfin à suivre exactement ce régime des trois soupes, avec la seule addition de l'oignon immédiatement après les avoir prises : la soif fut bravement supportée; l'eau, le vin, le bouillon, tout cela fut rigoureusement abandonné, et pendant un mois notre jeune malade, âgé de dix-huit ans, se contenta des soupes au lait sucré, seulement renouvelées *trois fois* par jour, avec le modeste accompagnement d'oignon; il s'accommoda ainsi d'autant plus facilement à ce régime, qu'au quinzième jour les douleurs avaient déjà disparu, qu'alors les urines changèrent d'aspect et devinrent plus abondantes, et que l'infiltration avait diminué considérablement. A l'expiration du mois, tout était fini. Le malade rentra dans la vie ordinaire, et depuis cette époque on n'a pas même remarqué un vestige de la maladie, soit dans les urines, soit ailleurs.

Même succès a couronné le régime des trois soupes au lait et l'abstention absolue de toute espèce de boisson, dans les anasarques compliquées d'obstacles à la circulation.

En voici un exemple pris au milieu d'autres à peu près analogues.

Une femme de quarante-cinq ans se présenta à ma consultation dans une bien triste position; sa figure exprimait la souffrance et le découragement le plus profond; elle était très-oppressée, le pouls donnait un nombre de pulsations considérable, les carotides et le cœur battaient avec un tumulte effrayant. L'infiltration était à peu près générale, la peau était distendue outre mesure, la suffocation continuelle rendait le décubitus à peu près impossible, les urines étaient rares, mais sans aucune trace d'albumine. Cette malheureuse femme frissonna lorsque je lui annonçai qu'il fallait, pendant un mois, vivre avec trois soupes au *lait*; le lait, qu'elle n'avait jamais goûté de sa vie, lui faisait éprouver une horreur qu'elle ne se sentait pas le courage de surmonter; elle aimait mieux mourir que de suivre un

semblable régime. Eh bien ! lui dis-je, vous mourrez, madame, parce que sans lui il n'y a pas pour vous de guérison possible. Sur cette menace, elle accepte le remède et promet de ne rien négliger pour vaincre la répugnance native qu'il lui inspirait.

En un mois tout était fini, complétement terminé ; les urines coulaient comme dans l'état de santé le plus parfait, l'infiltration n'existait plus, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le trouble circulatoire avait totalement cessé. Depuis lors, rien n'est survenu qui ait pu un instant faire craindre le retour de cette maladie ; les peines du cœur n'ont pu reproduire la maladie première de cet organe ; et cependant trois ou quatre années ont déjà passé sur cette guérison.

Inutile de rapporter ici un plus grand nombre de faits de cette nature ou analogues. Depuis cinq ans que nous avons adopté ce traitement, le nombre des anasarques guéries s'élève à plus de soixante, les unes sous la forme albuminurique, les autres sous celle d'une maladie du cœur, un certain nombre, sans complication quelconque, ou du moins tant soit peu appréciable.

Chez le plus grand nombre des malades, la cure a été radicale, définitive ; chez quelques-uns il y a eu récidive, mais récidive guérie par le même moyen ; enfin, trois ou quatre ont succombé aux suites de la maladie organique, avec réapparition de l'anasarque après la suspension du lait. Un seul a péri sans avoir éprouvé la moindre augmentation dans le cours des urines et la moindre diminution de son enflure.

Le même traitement, appliqué à l'ascite, n'a réussi qu'une fois ou deux d'une manière bien tranchée, dans les cas nombreux où j'ai voulu en tenter les effets.

Etendu également aux causes qui produisent l'anasarque, mais avant que celle-ci eût apparu, nul effet évident, appréciable, n'a été remarqué dans le même temps de son usage contre l'albuminurie pure, les maladies du cœur sans infiltration, etc.

La condition nécessaire au succès du régime des *trois soupes au lait*, c'est l'existence de l'anasarque ou de l'œdème des membres abdominaux, la diminution dans la quantité des urines. Voilà le champ dans lequel ce moyen opère et produit des merveilles ; —oui, des merveilles, passez-moi cette expression, car depuis trente ans que j'exerce la médecine, aucun des autres remèdes n'a pu me donner des résultats aussi constants et aussi décisifs : au huitième jour, amélioration très-sensible, bien-être général indéfinissable ; au quinzième jour, flux abondant des urines ; au trentième jour, guérison dans l'immense majorité des cas, lorsque ce traitement simple est appliqué en temps utile.

L'unité d'action du remède employé dans des maladies aussi variées, mais ayant toutes cependant un symptôme commun, l'anasarque ou l'œdème, fait supposer que ce symptôme est bien réellement celui qui peut nous révéler l'unité à chercher dans cette variété, la suspension de la sécrétion urinaire.

Est-ce maintenant aux trois éléments réunis dans la médication employée, la diète sèche, le lait et l'oignon, que réside son effet thérapeutique? est-il ainsi collectif, ou simplement individuel, et cet effet, sur le compte de quoi faut-il le placer?

Je n'ai pas voulu jusqu'à aujourd'hui aborder ces questions par la voie expérimentale, et exposer ainsi les malades aux éventualités de ce traitement réduit à un seul de ses éléments. J'engage même nos confrères à ne pas le démembrer tout de suite, et à constater auparavant son degré d'efficacité, sans y rien toucher.

1° Mettre l'organe sécréteur des urines à la diète par l'abstinence de toute boisson ; 2° l'exciter légèrement avec l'oignon ; 3° nourrir le corps avec le lait, sa nourriture première, sans l'irriter;

Telle est la triple indication merveilleusement remplie par le régime que nous proposons toutes les fois qu'on voudra combattre l'œdème général, l'anasarque : quelle qu'en soit la cause, si les désordres existants sont encore réparables, et quelque avancé que soit le degré d'anémie qui souvent vient les compliquer, pourvu que le malade résiste au besoin de boire et à celui d'ajouter d'autres aliments à ce régime, nous en garantissons l'efficacité.

En cas d'insuccès complet de ce traitement, suivi religieusement pendant un mois, on peut pronostiquer une terminaison fâcheuse.

Serre, d'Alais,
Correspondant de l'Académie impériale de médecine.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Pneumonie hémorrhagique. — Il est une complication de la pneumonie, qui ne paraît pas avoir fixé jusqu'à ce jour l'attention des observateurs, c'est l'hémorrhagie; et par hémorrhagie nous entendons, non pas la petite quantité de sang qui colore d'ordinaire les crachats des pneumoniques, mais l'évacuation par les bronches et la bouche d'une quantité considérable de sang pur, vermeil, telle qu'on l'observe dans le cours de certaines phthisies. La pneumonie s'accompagnant d'un pareil phénomène est, selon toutes les apparences, très-rare, puisque les auteurs classiques n'ont pas même signalé cette forme; et cependant, si l'on réfléchit que d'une part l'exhalation sanguine qui

colore les crachats dans la pneumonie est un fait à peu près constant, que d'autre part la pneumonie et la phthisie pulmonaire se compliquent fréquemment, on se demande pourquoi la pneumonie ne revêt pas plus souvent la *forme hémorrhagique*. A cause de sa rareté même, le fait, suivant nous, paraît devoir être mis sous les yeux de nos lecteurs.

Chambreux (Jean), âgé de vingt-deux ans, garçon de cuisine, né à Origny (Saône-et-Loire), demeurant à Paris, rue du Jour, n° 7, est entré à la Charité, salle Saint-Michel, n° 5, le 2 mai. Interrogé sur ses antécédents, ce jeune homme raconte qu'il est d'une bonne santé habituelle, mais que cependant il a eu depuis cinq ans plusieurs fois des crachements de sang. La première fois que cet accident lui arriva, il aurait été obligé de suspendre son travail et de garder le lit pendant plusieurs jours. Aux hémoptysies qui suivirent, il continua de se livrer à ses occupations habituelles. Il y a quatre jours, il aurait été pris tout à coup d'un frisson violent, puis d'un point de côté très-aigu dans la partie gauche de la poitrine, et il aurait vu se renouveler, avec les efforts d'expectoration, les hémorrhagies dont il avait été atteint déjà plusieurs fois. La fièvre acquérant chaque jour plus d'intensité, et mettant le malade hors d'état de continuer son travail, il s'est décidé à entrer à l'hôpital, où il se présente dans l'état suivant :

Facies altéré, pâle, souffrant ; chaleur intense à la peau, pouls fort et fréquent, à 120, point de côté très-douloureux à gauche, dyspnée, toux très-pénible, très-fréquente ; crachats d'un rouge noirâtre baignant au milieu d'un liquide vermeil et spumeux ; chaque effort de toux amène tantôt un de ces crachats, tantôt la valeur d'une ou plusieurs cuillerées de ce liquide. Il existe une matité très-prononcée sur le bord postérieur et à la base du poumon gauche ; un souffle très-prononcé est perçu dans tous les points où existe cette matité. Le reste de la poitrine est sonore, et l'on n'y saisit par l'auscultation que quelques râles muqueux à bulles plus ou moins grosses. Saignée de trois palettes ; tartre stibié ; 10 centigrammes dans une potion gommeuse ; tisane pectorale pour boisson.

Le 4 mai, aucune modification sensible dans les phénomènes locaux et généraux observés la veille. Nouvelle saignée de trois palettes ; mêmes boissons, potion calmante pour le soir.

Le 5, la fièvre est toujours intense, le pouls dur et élevé, la dyspnée grande, le point de côté moins douloureux, la toux moins fréquente et moins pénible ; les crachats sont sanglants, l'hémorrhagie qui en accompagne l'expectoration est plus rare et moins abondante ; matité peu diminuée ; toujours du souffle en arrière et en bas du côté gauche

de la poitrine, mais mêlé en certains points, surtout à la partie supérieure, de râle crépitant. Nouvelle saignée, mêmes boissons.

Les jours suivants, l'hémorrhagie qui accompagnait l'expectoration des crachats a presque complétement disparu; ceux-ci restent cependant rouges et conservent une teinte vermeille insolite; la toux est moindre, l'oppression diminuée; le pouls est descendu de 120 à 96; la chaleur à la peau est moite, bien que plus élevée que la normale; la matité disparaît moins rapidement, en proportion, que les autres symptômes. On entend toujours à la partie postérieure un mélange de souffle et de râle crépitant. Mêmes boissons et diète.

A partir du 10 mai, les phénomènes locaux s'amendent de plus en plus; les crachats reprennent leur apparence normale, et ne présentent plus que des stries noirâtres; la toux persiste encore; la matité tend à diminuer, mais persiste à la base du poumon gauche. Le souffle disparaît et fait place à une grosse crépitation mêlée de râles humides; la fièvre tombe, l'appétit renaît, la langue se nettoie, et le malade demande de la nourriture.

Le 15, jour de sa sortie, toute trace d'hémorrhagie avait disparu, et il ne restait plus des signes physiques de la pneumonie que quelques râles humides et un peu d'obscurité du son dans le côté gauche.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT. *Traitement préventif de la présentation du tronc, suivi de succès.* La reproduction d'une même présentation vicieuse du fœtus chez la même femme dans plusieurs accouchements successifs, dans cinq accouchements par exemple, comme l'a vu Nœgele, est bien de nature à faire penser qu'il y a là autre chose que l'effet du hasard, et qu'il faut la rapporter à une certaine disposition organique. Ne peut-on pas admettre, en effet, que le fœtus se place dans l'utérus en la position qu'il lui est plus facile de prendre en sa poche glissante, de manière que le plus grand diamètre du contenu se trouve naturellement en rapport avec le plus grand diamètre du contenant? (Sous cette expression commune de contenant, il faut comprendre tous les organes abdominaux dont les parois peuvent avoir une action sur le fœtus, mais surtout l'utérus). Cela posé, il est aisé de concevoir comment la présentation du tronc, par exemple, peut être amenée par une diminution relative du diamètre vertical de l'abdomen, ou mieux encore par une tendance plus grande de l'utérus au développement dans le sens latéral plutôt que vertical. Ce sont ces considérations qui ont engagé, dans un cas très-digne d'être connu, un jeune médecin fort distingué, M. Réal, à instituer un ensemble de moyens prophylactiques qui ont été suivis d'un plein et entier succès.

Mme R., dit M. Réal, accoucha en janvier et en décembre 1842, chaque fois d'un garçon. Dans l'un et l'autre cas, il y eut présentation du tronc; la version fut difficile et longue, et les enfants périrent; la mère échappa aux dangers de ces accouchements laborieux. En 1847, cette dame redevint enceinte, et la peur des terribles éventualités auxquelles elle avait été exposée l'engagea à réclamer les secours de l'art, afin d'aviser au moyen d'empêcher le re-

tour des mêmes malheurs. Remarquant que Mme R. était petite, tandis que ses enfants étaient grands, M. Réal pensa que les moyens à employer devaient avoir pour but d'empêcher le trop libre développement latéral de l'utérus et de lui accorder en même temps tout l'espace nécessaire à son accroissement vertical. Ne pouvant préciser l'époque où l'influence du développement latéral de l'utérus se fait le plus sentir, aussitôt qu'on put bien palper cet organe au-dessus du pubis, M. Réal conseilla l'emploi d'un double bandage à pelotes dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les deux parois latérales de l'utérus. A mesure que la grossesse avança, on augmenta le volume des pelotes, mais on supprima bientôt le ressort, et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par-dessus les deux pelotes latérales; celles-ci furent faites assez grosses pour que le diamètre transversal de l'abdomen fût plus grand que le diamètre antéro-postérieur, pour que la compression restât latérale Ce bandage resta appliqué même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse. Pour favoriser l'action de ce moyen mécanique, M. Réal recommanda expressément à Mme R. de ne pas se courber, soit étant assise, soit pour se baisser, de peur de forcer le fœtus à quitter sa bonne position pour la transversale, d'où il serait peut-être difficile de le déloger. Mme R. se servit donc, pendant tout le temps de sa grossesse, d'un fauteuil à jour renversé en arrière. Le succès couronna complétement cette tentative, et Mme R. accoucha heureusement, le 18 mai 1848, d'un garçon qui présenta le sommet. (*Thèses de Paris*, 1852.)

ANASARQUE ET ASCITE, *suite de fièvres intermittentes ; guérison par le sulfate de manganèse.* Le manganèse, grâce aux travaux de MM. Hannon, Burin du Buisson et Pétrequin, est entré aujourd'hui dans la thérapeutique. D'après les quelques faits connus de l'emploi de cet agent, ses propriétés réparatrices et régénératrices du sang ne sont plus douteuses, et sa place est marquée d'ores et déjà dans les nouveaux formulaires à côté du fer, comme son succédané ou son adjuvant. Nous nous demanderons, après le fait qu'on va lire, si sa place ne serait pas plutôt *avant* le fer, et si ses propriétés reconstitutives ne seraient pas plus sûres et plus énergiques que celles de ce dernier agent. On en jugera par le résumé suivant d'une observation rapportée par M. Henri Gintrac, de Bordeaux.

Un homme de trente-neuf ans, d'une constitution jadis robuste et athlétique, ayant passé plusieurs années en Afrique où sa santé avait été fortement ébranlée, soit par les fatigues du service militaire, soit par les nombreuses maladies dont il a été atteint, et notamment par de fréquents accès de fièvres intermittentes que le sulfate de quinine n'avait jamais arrêtées que momentanément, fut repris à son retour dans son pays natal, dans les environs de Bordeaux, d'accès fébriles opiniâtres, accompagnés d'autres symptômes d'une certaine gravité : tels que de l'œdème aux membres inférieurs et au tronc, des palpitations de cœur, surtout vives lors de la marche, de la tendance aux syncopes, et d'une très-grande faiblesse. Quelques tisanes diurétiques et purgatives, le quinquina, des toniques, furent employés sans succès. Le mal faisait des progrès incessants. C'est alors que cet homme entra à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, où il présenta les phénomènes suivants : constitution profondément altérée, peau pâle, terreuse, visage bouffi, pouls petit, 80; œdème aux membres inférieurs; toux avec expectoration muqueuse, respiration courte, accélérée; battements du cœur réveillés au moindre mouvement, forts, tumultueux et parfois irréguliers; ventre indolent, volumineux, rate descendant jusqu'à l'ombilic.

Les accès fébriles sont de nouveau combattus par le sulfate de quinine; mais l'infiltration augmente, elle s'étend aux lombes, et gagne bientôt les membres supérieurs. On était alors aux premiers jours de décembre : l'acétate de potasse, la digitale à haute dose, la scille, la scammonée, plus tard la gomme-gutte ne produisent aucun résultat favorable; les évacuations alvines et urinaires fréquentes que déterminent ces médicaments sont sans avantage. On essaye, sans plus de succès, la caïnça, le tartre stibié, le sulfate de soude, le nitrate de potasse.

Le 2 janvier, l'état du malade s'étant beaucoup aggravé (infiltration

générale et épanchement ascitique), on prescrit : sulfate de manganèse, 0,10, en deux pilules.

Du 2 au 15 janvier, le manganèse est porté graduellement à la dose de 0,40. A ce moment, on constate par la mensuration une diminution considérable dans le volume du ventre et des membres. Le malade accuse lui-même une amélioration considérable ; il dort d'un sommeil plus calme ; il est moins triste, moins abattu, moins faible. Du 15 au 20, le sulfate de manganèse est donné chaque jour à la dose de 0,40 d'abord, puis de 0,50.

Le 21 janvier, l'amélioration est de plus en plus évidente, l'œdème diminue sensiblement ; il n'y a presque plus de fluctuation dans le ventre ; la rate a subi un mouvement de retrait notable ; les palpitations du cœur sont moins vives ; les selles sont naturelles, nullement diarrhéiques. (Du 21 au 25, sulfate de manganèse, de 0,50, élevé successivement à 1 gramme.)

Le 26, le malade prend, pendant trois jours, le sulfate de manganèse à la dose de 1 gramme ; mais, à ce moment, l'épigastre est douloureux ; il survient des coliques, une diarrhée légère, quelques nausées ; le manganèse est suspendu. Du reste, l'œdème et l'ascite ont disparu, le volume du ventre et des membres est redevenu ce qu'il était à l'état normal ; le facies est coloré et exprime la satisfaction ; les traits sont animés, les muqueuses rouges. Vingt jours après, le malade sort complétement guéri, et ayant récupéré ses forces. (*Union médicale*, juin 1853.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*Résultats du traitement de la) par les évacuants*. C'est le *Bulletin* qui a mis le premier en relief les résultats remarquables obtenus par les évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Delarroque. Depuis cette époque, ce traitement a conquis une grande place dans la pratique, et un grand nombre de médecins, dans les hôpitaux et en ville, l'ont adopté à l'exclusion de tout autre. Bien que nous ne croyions pas à la possibilité d'employer dans tous les cas sans exception un seul et même traitement, il ne nous en coûte pas de reconnaître que cette manière de traiter les fièvres typhoïdes compte des succès très-nombreux. Un élève de M. Beau, M. Calvo, vient de publier les résultats que ce médecin a retirés depuis quelques années du traitement de M. Delarroque, et si ces résultats sont authentiques, comme tout le fait croire, peu de traitements pourraient soutenir la comparaison. Ainsi, il y a neuf ans, M. Beau a traité par les évacuants trente malades affectés de fièvre typhoïde, sans en perdre un seul. Plus tard, à l'Hôtel-Dieu (annexe), il en a perdu un sur huit. En 1850, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 44 malades atteints de fièvre typhoïde, deux seulement ont succombé, l'un d'une pneumonie dans la convalescence, l'autre d'une paralysie générale aiguë. En 1851, dans le même hôpital, sur 48 malades, la perte ne s'éleva qu'à deux. En 1852, 21 hommes et 32 femmes ont été reçus et traités pour cette maladie à l'hôpital Cochin : pas un seul décès chez les femmes et trois chez les hommes, dont un dans la convalescence, un second à la suite d'un delirium tremens, et un troisième par une pneumonie, avec fièvre miliaire, albuminurie, etc. En 1853, dans la dernière épidémie du 1er janvier au 15 mai, 33 cas de fièvre typhoïde dans les salles d'hommes et 32 dans celles des femmes ; quatre décès parmi les hommes, un à la suite d'une hémorrhagie intestinale, un second à la suite de vomissements bilieux, un troisième par une mort imprévue, un quatrième enfin, après avoir présenté des taches hémorrhagiques. Parmi les trois femmes qui ont succombé, deux étaient enceintes et avaient avorté. Ainsi, sur 128 malades que M. Beau a traités par la méthode évacuante, pendant les années 1852 et 1853, la proportion des décès a été de moins d'un dixième.

On sait en quoi consiste le traitement de M. Delarroque que M. Beau a adopté : vomitif le jour de l'entrée (ipéca., 1 gr.; tartre stibié, 0,10, en trois prises); le lendemain, eau de Sedlitz une bouteille, ou 30 grammes d'huile de ricin ; ainsi de suite tous les jours ; on revient en outre tous les quatre jours environ au vomitif, et l'on insiste sur ce traitement jusqu'à ce que des évacuations convenables et abondantes aient donné une amélioration sensible. M. Beau ajoute à ces moyens des ablutions d'eau froide, très-utiles dans le cas de fièvre ardente. Si le sujet est difficile à évacuer, on a recours à l'huile de croton ; car dans ce mode de trai-

tement, avant tout il faut purger. Dans la convalescence, il faut quelquefois revenir encore au vomitif s'il survient de l'embarras du côté de l'estomac, embarras qui tient fort souvent à l'administration prématurée des aliments. On peut même, dans les cas de ce genre, voir reparaître les phénomènes de la maladie, alors qu'on la croyait enrayée. Il faut dans ce cas ne pas hésiter à traiter la maladie comme si elle débutait; mais il faut au moins vingt-cinq à trente jours pour avoir une convalescence franche. La présence des règles pas plus que la grossesse n'est une contre-indication à l'emploi de ce traitement; mais chez les femmes enceintes, quand l'appétit est conservé, on peut permettre quelques potages. (*Presse médicale* et *Revue méd. chir.*, juillet).

FISTULE LACRYMALE. *Oblitération du sac lacrymal par le chlorure de zinc.* Deux méthodes principales partagent, comme on le sait, les ophthalmologistes pour la cure de la fistule lacrymale : la dilatation et l'oblitération. Dire quelle est des deux la préférable, ou si l'une et l'autre n'ont pas leurs indications spéciales qui permettent d'en invoquer alternativement le secours, sans exclure ni l'une ni l'autre, n'est pas l'objet de cet article. Nous voulons seulement appeler un instant l'attention sur l'un des deux modes d'oblitération, l'oblitération par le chlorure de zinc, rarement employée en France jusqu'à présent, mais très en honneur à la clinique ophthalmologique de Berlin, où M. Juencken en fait à peu près exclusivement usage. Voici quel a été le résultat de trois opérations de ce genre, tentées par M. Desmarres, sous les yeux mêmes de M. Juencken.

Disons d'abord en quoi consiste le manuel opératoire :

Après avoir ouvert, comme à l'ordinaire, le sac lacrymal, le sang étant convenablement essuyé, l'opérateur introduit dans une plume à écrire, coupée en forme de tube, gros comme un pois vert de chlorure de zinc, et le porte jusque dans le sac, le plus profondément possible. Un stylet assez fort, garni d'une boulette d'ouate, étant aussitôt poussé dans la plume, comme le piston dans une seringue, le caustique se trouve déposé dans la plaie, sur la muqueuse, sans toucher la peau. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Desmarres, les larmes venant remplir le sac en s'y introduisant par les points, entraînent bientôt une partie du chlorure et le déposent sur la plaie cutanée, qui est plus ou moins fortement cautérisée à son tour, quelque précaution que l'on prenne de l'essuyer avec un linge.

Un homme et deux femmes ont été opérés de cette manière. L'homme, âgé de soixante-huit ans, portait, depuis plusieurs années, une tumeur lacrymale gauche très-volumineuse, et contenant une grande quantité de pus.

Une femme, âgée de cinquante-trois ans, avait une tumeur lacrymale, également à gauche, qui s'enflammait souvent et devenait une cause de gêne pour l'œil.

Enfin, le troisième opéré était une jeune fille de dix-neuf ans. Voici les effets différents qui ont été observés sur ces trois opérés : chez le vieillard, la cautérisation ne changea pas assez profondément l'état du sac, et le caustique fut employé de nouveau quarante-huit heures après la première opération. Rien de particulier n'arriva, sinon un gonflement assez notable des bords de la plaie et des parties voisines.

Chez la femme, l'inflammation du grand angle fut très-intense : elle éprouva la nuit de vives douleurs, accompagnées d'insomnie et de fièvre; le lendemain, les paupières étaient envahies par un œdème considérable, et il y avait de la conjonctivite. Peu à peu cette inflammation diminua, et, au 31 mai, la suppuration continuait encore. Très-probablement une seconde application du caustique deviendra nécessaire. Quant à la jeune fille, elle n'a eu aucun symptôme sérieux, et la plaie tendait à se fermer promptement.

Ces résultats sont, sans doute, insuffisants pour faire apprécier la valeur réelle de la méthode. Mais il en ressort manifestement un inconvénient qui paraît difficile à éviter, quelque précaution qu'on prenne pour cela; c'est l'action du caustique sur la peau du grand angle de l'œil, et la cicatrice difforme qui en résulte.

Cet inconvénient bien réel nous paraîtrait de nature à faire pencher la préférence du côté de la cautérisation par le fer rouge, qui, manié avec habileté, m'a paru jusqu'à pré-

rent n'avoir aucun inconvénient sérieux. Telle est aussi l'opinion de M. Desmarres, dont nous nous plaisons toujours à invoquer l'autorité spéciale en cette matière. (*Gaz des Hôpit.* juin 1853)

ILEUS (*Emploi du mercure coulant dans les constipations opiniâtres et l'*). Rien n'est plus vrai : tandis que la thérapeutique va continuellement en s'enrichissant de nouveaux remèdes ou de nouvelles formes de remèdes, il arrive que quelques-uns plus anciens et dont l'expérience avait pourtant constaté l'utilité, tombent peu à peu en désuétude et finissent par être tout à fait oubliés. Puis, soit par une étude nouvelle des traditions médicales, soit par quelque fait que le hasard aura offert aux observateurs, ils reviennent en crédit. L'histoire de la médecine est pleine de semblables exemples, surtout pour les moyens thérapeutiques spécialement applicables à des maladies rares, et c'est là ce qui explique jusqu'à un certain point l'oubli dans lequel est tombé l'emploi interne du mercure dans certains cas de constipation et d'iléus. D'un autre côté, la crainte de voir survenir de violentes salivations à la suite de l'emploi de ce moyen, est pour beaucoup dans la réserve que les médecins affectent à son égard. Nul doute cependant que cette crainte ne soit fortement exagérée, et les annales de la science sont pleines de faits si nombreux dans lesquels on n'a rien vu de pareil, qu'on est vraiment étonné de trouver dans les traités de thérapeutique moderne une pareille objection servant à repousser d'une manière absolue l'emploi du mercure métallique. Oui sans doute, la salivation est possible dans les cas de ce genre, mais à la condition seulement que le mercure séjourne longtemps dans le tube digestif, qu'il trouve un obstacle infranchissable; car, il faut bien le reconnaître, les faits sont là, peu de moyens réussissent aussi bien pour vaincre les constipations les plus rebelles et les plus opiniâtres, même celles qui reconnaissent pour cause une invagination, une altération organique, pourvu qu'il reste encore un passage par lequel le mercure puisse se faire jour.

Le mémoire publié par M. Franceschini rassemble un grand nombre de faits nouveaux qui tranchent tout à fait la question; ainsi, ce médecin cite le fait d'une jeune fille de vingt-six ans qui avait eu à souffrir beaucoup privations, et qui était sujette à avoir de temps en temps des coliques de ventre, parfois fort aiguës, principalement vers la région iliaque gauche, et de la diarrhée. Les règles ayant disparu à l'âge de vingt-deux ans, la diarrhée et les coliques revinrent et allèrent bientôt en croissant. Plus tard, en faisant un effort, la malade ressentit à la région lombaire une douleur aiguë qui persista et s'accompagna d'une diminution de la motilité, surtout dans les membres inférieurs; et enfin, en août 1849, elle ne pouvait plus se tenir debout; plus tard, la constipation succéda à la diarrhée, et l'émission des urines se fit avec lenteur. En juillet 1850, une tumeur fut reconnue dans la région iliaque gauche, où les douleurs étaient les plus vives. Les accidents augmentèrent du côté du ventre; à partir de novembre 1850 jusqu'à la fin de 1851, il y eut presque tous les deux mois des exacerbations qui, se prolongeant de plus en plus, lui laissaient à peine quelques jours de repos. Enfin, en septembre 1851, les accidents qui consistaient en une constipation opiniâtre, des douleurs et de la tension dans le ventre, de la rétention d'urine, revinrent avec une telle violence que l'on put craindre pour la vie de la malade. Les purgatifs, les antispasmodiques, qui avaient réussi jusque-là, n'ayant eu aucun résultat, on eut l'idée de recourir au mercure métallique (7 onces en 3 fois, dans un espace de 36 heures). Après la première dose, le vomissement cessa, et la malade put commencer à prendre quelques aliments liquides. Le cinquième jour, il y eut un flux séro-sanguinolent par l'anus, et moyennant un lavement huileux, la malade rendit environ 3 onces de mercure métallique, suivi peu après de matières fécales, moitié dures, moitié molles. Les douleurs se calmèrent notablement, la tumeur du ventre diminua et la malade put prendre quelque repos. Deux jours après, nouvelle quantité de mercure, une once et demie, rendue par les selles; celles ci continuèrent pendant environ quinze jours, mais en petite quantité; le ventre restait douloureux, et au total, l'affection abdominale paraissait peu modifiée. Les symptômes s'étant de nouveau exas-

pérés, et la constipation durant déjà depuis dix-neuf jours, M. Barellai revint à l'emploi du mercure (5 onces en deux doses en trente-six heures). Pas de résultat pendant quelques jours; puis le ventre s'ouvrit, et une amélioration notable se declara. Dans l'intervalle, on avait employé des émollients à l'extérieur et des lavements d'huile et de séné. Enfin, un mois après l'administration du mercure, à la suite de douleurs abdominales aiguës et d'efforts d'expulsion violents, évacuation spontanée de matières fécales durcies, en quantite extraordinaire et dépassant toute croyance, et parsemées sur tous les points de globules de mercure. A partir de ce moment, toute la cohorte des accidents, du côté du ventre, alla s'éloignant : douleurs moins vives, vomissements plus rares, constipation moins longue et moins rebelle. L'administration quotidienne de l'huile d'amandes douces a fini par faire disparaître complétement l'entéralgie.

A ce fait si remarquable, M. Franceschini en a ajouté treize autres, empruntés par lui à M. Fabri, et tous aussi concluants, quoique dans des circonstances assez variées : coliques violentes, gastro-entérite sub-aiguë ou chronique, péri-typhlite, entéralgie, vomissements nerveux, etc. Mais ce qui est remarquable dans tous ces cas, c'est la marche suivie par les accidents, à partir de l'administration du mercure. Cessation immédiate du vomissement et calme plus ou moins complet; puis, dans un intervalle qui varie entre quatre et huit, dix, douze ou quatorze jours au plus, le mercure commence à passer dans les garderobes, et il ne tarde pas à être suivi par les matières fecales endurcies et stagnant dans le gros intestin. Quant à la quantité de mercure administré, elle a beaucoup varié suivant les cas, entre 12 onces et 6 onces, en trois, quatre fois, et même davantage, dans un intervalle de temps qui est habituellement de quatre à six jours. La cessation des accidents a été presque toujours graduelle, et l'administration de lavements émollients et de calmants a beaucoup contribué au rétablissement définitif et complet des garderobes et de la santé. Dans aucun cas il n'y a eu d'accidents généraux. C'est donc avec raison que M. Franceschini a terminé son Mémoire en disant : 1° que l'usage interne du mercure métallique dans la constipation et dans l'iléus produit de bons résultats en détruisant l'obstruction; 2° que le vomissement le plus opiniâtre est constamment arrêté; 3° que l'administration du mercure n'est jamais suivie de désordres locaux portant sur les intestins, même quand, à raison de l'affaiblissement organique produit par une maladie locale antérieure, même toute récente, qui les a affectés, on pourrait présumer quelque altération dans leur tissu; 4° que son administration n'est jamais suivie non plus d'accidents généraux, ni immédiatement, ni dans un temps très-éloigné. (*Gaz. med. Toscana*, 1853.)

MENTAGRE *traitée par l'épilation suivie de la cautérisation des bulbes pilifères.* Que la priorité de l'idée d'appliquer l'épilation au traitement de la mentagre appartienne à M. Bazin, qu'elle appartienne à M. Didot, ou qu'elle n'appartienne ni à l'un ni à l'autre, mais à M. Janson, ainsi que cela paraîtrait résulter de documents authentiques, ce n'est pas là ce qui nous touche le plus dans cette question; ce qui nous importe, c'est de savoir que plusieurs médecins, dans des lieux et dans des temps différents, et sans se l'être communiquée sans doute, ont eu la même idée, celle de traiter la mentagre par l'épilation et la cautérisation des bulbes pilifères : idée inspirée probablement par les recherches récentes de quelques naturalistes qui ont démontré l'existence d'un champignon d'une nature particulière dans les pustules du favus et de la mentagre; et qu'ils sont également parvenus, à l'aide de ce nouveau mode de traitement, à guérir une affection des plus rebelles jusqu'à présent à toutes tentatives thérapeutiques, et devenue proverbiale pour sa ténacité. Nous ferons connaître en quelques mots les résultats des tentatives faites de part et d'autre.

M. Didot dit avoir guéri en quelques jours des mentagres qui duraient depuis des mois et des années; et cela en procédant comme il suit : « Armé d'une petite pince à artères, j'arrache, dit-il, un à un tous les poils de la barbe dans les endroits malades, et même au delà des limites de l'éruption, puis je cautérise avec une forte solution de nitrate d'argent. » Une ou deux opérations, suivant M. Didot, suffisent, et la

barbe repousse vigoureusement ensuite sans nouvelles pustules. M. Bazin, conduit à la même pratique par cette idée théorique que la mentagre, comme toutes les variétés de la teigne, est une affection des poils produite et entretenue par la présence d'un végétal parasite, a formulé de son côté aussi ces deux indications, qu'il a mises en œuvre avec succès, savoir : 1º qu'il faut enlever le poil pour mettre à nu le siége de la végétation parasite; 2º qu'il faut détruire celle-ci à l'aide d'un agent spécial. « Sans épilation, dit M. Bazin, il n'y a pas de guérison certaine; quand on a détruit ou enlevé la partie libre extérieure du champignon, il reste encore la partie la plus profonde, celle qui réside dans l'intérieur de la racine du cheveu et sous l'épiderme. Or, c'est cette portion restante qui reproduira infailliblement le mal si l'on ne parvient à l'extraire, et cette extraction est d'autant plus indispensable que les poils sont plus profondément enchâssés dans l'épaisseur de la peau, et qu'ils sont plus multipliés dans le même bulbe. »

Quant à l'agent *parasiticide*, M. Bazin, après plusieurs recherches, s'est arrêté à l'emploi du sublimé et de l'acétate de cuivre, à la dose de 3 à 5 grammes pour 500 grammes de véhicule; il emploie cet agent sous forme de lotions. Lorsqu'une surface d'un centimètre carré a été dépouillée de poils, on s'arrête; on lave la partie dépouillée avec de l'eau de savon, puis on applique le liquide à l'aide d'un chiffon ou d'une brosse douce. Des mentagres qui avaient résisté aux traitements ordinaires, pendant dix-huit mois et deux ans, ont été guéries pour ainsi dire à l'instant, d'après M. Bazin, à l'aide de ces moyens.

L'uniformité des deux procédés, et les résultats également heureux et rapides que disent en avoir obtenus MM. Didot et Bazin, sont bien faits pour faire accréditer cette méthode, et pour encourager les praticiens à l'appliquer toutes les fois qu'ils en auront l'occasion. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique* et *Gazette des hôpitaux*, juin, 1853.)

NÉVRALGIE DE L'UTÉRUS. *Cautérisations intra-utérines. Guérison.* Tout le monde connaît aujourd'hui les bons effets de la cautérisation du col de l'utérus avec le fer rouge dans certaines affections de cet organe. Les premières applications qu en furent faites purent être taxées peut-être de témérité ; mais l'expérience en a amplement démontré maintenant et l'efficacité et l'innocuité. Encouragé par ces premiers résultats, M. Jobert n'a pas craint cette fois de porter le fer rouge jusque dans l'intérieur même de la cavité uterine pour remédier à une névralgie utérine grave que rien jusque-là n'avait pu soulager; et cette heureuse audace a été couronnée de succès. Ce cas est trop intéressant pour que nous ne devions le rapporter dans tous ses détails.

Une femme O..., âgée de trente-trois ans, n'ayant jamais été malade jusque-là, fut prise, il y a deux ans, d'une leucorrhée extrêmement abondante. Peu de temps après, elle ressentit des douleurs très-vives dans l'hypogastre, avec élancements qui, partis de l'utérus, tantôt remontaient vers la région lombaire, tantôt descendaient vers les aines. La menstruation était toujours régulière, bien que les douleurs fussent encore plus vives pendant sa durée, et la leucorrhée plus abondante au début et à la fin de la période menstuelle. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital survinrent de véritables métrorrhagies, se manifestant indifféremment soit pendant la durée des règles, soit dans les intervalles. L'expulsion du sang était accompagnée de coliques utérines avec contractions. En même temps il y avait une exaspération notable des douleurs, qui conservaient leur caractère lancinant.

La malade, soit chez elle, soit dans divers hôpitaux, fut cautérisée en tout vingt-deux fois, dont cinq avec le cautère actuel, les autres, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le nitrate d'argent. Elle n'en éprouva pas de soulagement notable.

Entrée à l'Hôtel-Dieu en février dernier, ayant toujours les mêmes douleurs et une hémorrhagie abondante, le toucher permit de constater que l'utérus, douloureux au contact du doigt, ne présentait ni bosselures, ni irrégularités, ni ulcérations. Après quelques jours de repos et d'administration de quelques narcotiques pour combattre l'hémorrhagie, on passa le spéculum.

Après avoir constaté que l'orifice externe du col entr'ouvert et laissant écouler un peu de sang et de mucosités n'offrait aucune altération organique, et que le col présentait seulement une teinte un peu plus violacée qu'à l'état normal, M. Jobert introduisit, dans l'intérieur même de la cavité utérine, une tige de fer rougi à blanc. Il se servit d'un fort mandrin de sonde, auquel on avait donné une courbure semblable à celle de l'hystéromètre, et il en fit pénétrer 4 à 5 centimètres environ au delà de l'orifice externe du col.

Le lendemain, l'écoulement blanc était plus abondant que d'habitude; il n'était pas venu de sang, et la malade éprouvait seulement un peu de pesanteur, avec engourdissement dans le bassin. Cette cautérisation fut répétée de la même manière huit jours après (le 28 mars), et, à deux autres reprises, du 28 mars au 21 mai.

Les règles d'avril survinrent à leur époque habituelle, mais elles se prolongèrent un peu, furent douloureuses, et il sortit quelques caillots. Il n'en fut pas de même de celles de mai, pendant lesquelles il ne se passa rien de pathologique. Il n'y eut pas d'hémorrhagie dans l'intervalle, et les douleurs disparurent; si bien que, vers la fin de mai, au moment de sa sortie, elle était alors à la fin de sa période menstruelle, on put la toucher et imprimer des mouvements de ballottement à la matrice, sans provoquer la moindre souffrance.

Ce fait intéressant démontre une fois de plus l'efficacité, nous oserions presque dire héroïque, des cautérisations transcurrentes avec le fer rouge dans les névralgies; mais il démontre en même temps que ces cautérisations ne sont efficaces qu'à la condition d'être portées sinon sur le trajet même des nerfs malades, du moins le plus près possible de ces nerfs. (*Gaz. des Hôpit.*, juin 1853.)

PARALYSIE *avec atrophie des membres inférieurs; guérison par l'huile de foie de morue.* Les effets bien connus aujourd'hui et si remarquables de l'huile de foie de morue sur la nutrition, devaient faire songer à l'emploi de ce médicament dans le cas dont on vient de lire le sommaire, et, comme on va le voir, le succès n'a pas fait défaut à cette induction thérapentique, quelque peu sûre qu'elle pût paraître au premier abord. Voici le fait : un homme de quarante-huit ans, fabricant de carton, et par suite obligé de rester une grande partie de la journée dans des lieux humides et malsains, sujet de temps en temps à des rhumes et à des fièvres périodiques avec irritation du tube digestif, fut pris au mois de juin 1851 d'une dyssenterie avec gastro-entérite, qui nécessita l'emploi de plusieurs saignées et de sangsues au siége, ainsi que de la glace à l'extérieur et toute la série des moyens antiphlogistiques. Vers le vingtième jour de la maladie, il lui survint des hémorrhoïdes qui étaient fortement gonflées et enflammées. M. Musizzano le traita par les applications d'eau froide, et le malade se trouvait déjà mieux, lorsque tout d'un coup il fut frappé d'une hémiplégie gauche. Malgré son état de faiblesse, on lui pratiqua une large saignée, des ventouses furent appliquées sur la région cervicale et dorsale; lavements purgatifs, application de sangsues à l'anus. Bref, sous l'influence d'un traitement assez actif, le malade éprouva un mieux sensible; il vit diminuer la douleur gravative qu'il ressentait à la tête et à la région cervicale, commença à se servir de son bras; mais les extrémités inférieures restaient dans un état de demi-paralysie, surtout la gauche, et le malade ne pouvait se soutenir qu'avec des béquilles; il y a plus, c'est que de jour en jour, quoiqu'il se nourrît bien, ses extrémités s'atrophiaient de plus en plus et devenaient de plus en plus inaptes au mouvement. Tout l'hiver se passa dans cette cruelle position, et déjà cet homme désespérait de guérir, lorsque M. Musizzano lui conseilla, au mois d'avril 1852, de commencer l'usage de l'huile de foie de morue; ce qu'il fit immédiatement et avec si grand courage qu'en trois mois il en avait consommé trois litres et demi. Mais à mesure, l'appétit augmentait, le corps et les extrémités inférieures reprenaient leur force et leur forme primitive, de sorte que vers le milieu de juillet il put reprendre ses occupations et travailler la plus grande partie de la journée sans la moindre fatigue. L'huile était si bien supportée par l'estomac qu'il la prenait et la digérait avec la plus grande facilité. (*Gazetta med. Sarda*, 1853.)

POLYDIPSIE, *traitée avec succès par l'iodure de potassium et le deuto-iodure de mercure.* On sait combien la polydipsie se montre souvent rebelle à nos moyens thérapeutiques. A part le sel de Prunelle ou le nitrate de potasse, nous ne connaissons aucun moyen qui compte quelques succès authentiques et durables. C'est ce qui nous engage à faire connaître le fait suivant, dans lequel la guérison a été due à l'emploi des iodiques à l'intérieur. Le 22 janvier 1851, M. Keyes fut consulté pour un malade qui se plaignait d'une soif excessive depuis plusieurs années, dix ans environ. Depuis trois mois surtout, la soif était devenue intolérable : le malade était obligé de se lever plusieurs fois dans la nuit pour boire, et un seau d'eau qu'il mettait près de son lit en se couchant était vide le lendemain, sans que cette soif terrible fût calmée; sous tout autre rapport, la santé paraissait parfaite. Plusieurs traitements médicaux avaient été essayés sans succès. M. Keyes, pensant que la soif dépendait de quelque état morbide de l'estomac, voisin de la gastralgie, lui prescrivit la solution suivante :

Pr. Deuto-iodure de mercure.	0,10
Iodure de potassium.	1,25
Eau distillée.............	32,00

Cinq gouttes, trois fois par jour. Le malade fut mis à l'usage de la rhubarbe en morceaux qu'on lui fit mâcher, avec recommandation d'avaler la salive. En quelques jours, la soif devint moins vive, et avant que la solution eût été épuisée, le malade se trouvait parfaitement bien. Onze mois après, il n'y avait pas eu de rechute, et la guérison pouvait, par conséquent, être regardée comme solide. (*American journal* et *Association med. Journal*, 1853.)

TRACHEOTOMIE (*Nouveau procédé de*), *ou trachéotomie sous-cricoïdienne.* Telle est la variété des circonstances, telle est la diversité des indications dans lesquelles la trachéotomie peut être appelée à intervenir, qu'on ne saurait posséder un trop grand nombre de procédés pour cette opération, et que tel procédé, tout à fait négligé ou d'un emploi assez rare, peut trouver sa place à un moment donné. C'est ce qui nous engage à faire connaître le nouveau procédé de trachéotomie proposé par M. Descès, et auquel ce chirurgien a donné le nom de trachéotomie sous-cricoïdienne, à cause de l'endroit des voies aériennes sur lequel il est pratiqué. Voici, d'après ce chirurgien, en quoi consistent les manœuvres opératoires de ce procédé.

Tout étant disposé comme pour le procédé ordinaire, le malade placé et maintenu dans la position usitée, l'opérateur se tient à sa gauche de préférence; il tend les téguments du col, les incise sur la ligne médiane, depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'au niveau de l'isthme du corps thyroïde, dans une étendue de 25 à 30 millimètres. Les bords de cette incision et les muscles sous-jacents sont isolés et écartés les uns des autres par deux crochets mousses confiés à un aide. Alors apparaissent à nu le cartilage cricoïde et le premier anneau trachéal; l'ongle de l'indicateur gauche est appliqué sur la membrane qui les sépare, sert de conducteur à la pointe d'un bistouri qu'on plonge dans la trachée, en divisant transversalement cette membrane. Le tranchant de l'instrument est dirigé successivement à droite et à gauche, isole le larynx de la trachée jusque un peu au delà des extrémités du diamètre transversal de celle-ci, et produit ainsi une ouverture suffisante. Pendant ce dernier temps, l'ongle glisse sur le premier anneau qu'il n'a pas quitté, s'enroule sur son bord supérieur, pèse sur lui et l'abaisse comme ferait un crochet. Cette dernière manœuvre a pour but d'accroître rapidement l'ouverture trachéale, de fournir un large accès à l'air et d'assurer l'introduction de la canule.

Arrivé là, si l'on remarque que l'ouverture trachéale est insuffisante, rien de plus facile que de l'accroître autant que les exigences peuvent le réclamer. On abaisse l'isthme du corps thyroïde de manière à découvrir les deux, trois ou quatre premiers anneaux, on engage l'une des pointes mousses d'une paire de ciseaux dans l'ouverture transversale de la trachée, l'autre est appliquée perpendiculairement sur la partie antérieure du tube aérien, on divise celui-ci, et l'on obtient ainsi, par cette double incision, une ouverture qui a la forme d'un T. Chez l'adulte l'incision transversale suffit; chez l'enfant, il faut y ajouter la division des deux premiers anneaux; mais

là ne s'arrêtent, ni chez l'un ni chez l'autre, les limites qu'on peut franchir sans danger; on peut abaisser cette dernière incision jusqu'au troisième, au quatrième et même au delà. On conçoit combien cette ressource peut être précieuse pour la recherche et l'extraction de certains corps étrangers.

Des faits qu'il a observés, M. Descès a déduit les conclusions suivantes relatives à ce procédé nouveau de trachéotomie : 1° la trachéotomie sous-cricoïdienne est un procédé simple, facile et sans danger; 2° par elle on attaque la trachée-artère dans son point le plus superficiel et le plus facile à trouver; 3° on respecte le larynx, et l'on s'éloigne également de la glotte et des bronches; 4° on n'intéresse ni vaisseaux, ni nerfs, ni muscles, ni glandes, ni cartilages; 5° malgré les petites dimensions de l'incision de la peau, on peut ouvrir la trachée dans une étendue plus considérable que par tout autre procédé; 6° l'ouverture qu'il fournit permet de placer et de conserver à demeure des canules capables d'entretenir largement la respiration, tout en se prêtant, si cela est nécessaire, à la recherche et à l'extraction des corps étrangers des plus fortes dimensions. (*Union médicale*, juin.)

URETROTOMIE *pratiquée avec succès chez un enfant de huit ans, pour un calcul volumineux.* Les seuls points de vue qui donnent de l'intérêt à ce fait sont le volume du calcul et la gravité des accidents dont s'accompagnait sa pénétration dans le canal de l'urètre, ainsi que l'ancienneté de son séjour dans ce canal pendant un temps très-long. Effectivement, lorsqu'il fut appelé auprès de cet enfant, le docteur J. Ulecia le trouva dans une agitation générale, avec fréquence du pouls, respiration précipitée, chaleur à la peau et augmentation de la sensibilité à la région abdominale. Il prescrivit des émollients et des calmants; mais le lendemain, il apprit que l'enfant, après avoir été excessivement malade, avait fini par uriner et aller à la garderobe, et que depuis ce moment il allait bien. En examinant l'enfant, M. Ulecia découvrit à la base du pénis, dans le canal de l'urètre, une tumeur du volume et de la forme d'une petite noix, mobile, sans changement de couleur à la peau. L'enfant n'urinait d'ailleurs que goutte à goutte. Il ne pouvait donc y avoir de doute sur la présence d'un calcul qui, en pénétrant dans l'urètre, avait mis l'enfant aux portes du tombeau. Une opération était indispensable; les parents s'y refusèrent, et si obstinément que l'auteur le perdit de vue, et que ce fut seulement sept ans après qu'on le lui représenta, portant toujours son calcul dans l'urètre. Une incision de deux pouces fut pratiquée sur le trajet de l'urètre et donna issue à un calcul gros comme une noix, présentant des aspérités et des inégalités à sa surface et pesant 24 grammes. Malgré quatre points de suture destinés à fermer la plaie, l'urine passa d'abord par cette voie, les parents du malade s'étant refusés à l'introduction d'une sonde dans la vessie; mais grâce à la position dans le décubitus horizontal, les jambes fléchies, et à l'application de bandelettes agglutinatives, la plaie se réduisit peu à peu, et après deux mois la guérison était complète. L'urine n'avait commencé à passer partiellement dans la partie antérieure du canal qu'après dix jours et après l'introduction d'une bougie dans celle-ci. (*La Union*, 1853.)

VARIÉTÉS.

Lettre de M. Faraday sur les tables tournantes.

Lorsque le phénomène de la rotation des tables s'est produit, nous avons cherché à prémunir nos lecteurs contre le danger auquel les exposait le patronage de semblables expériences, tant qu'ils ne pourraient point démontrer la cause naturelle de ces effets réputés merveilleux. Nous les conjurions de sauvegarder ainsi la dignité du corps médical. Beaucoup de confrères, nous le craignons, auront à regretter la trop grande part qu'ils ont prise à la rotation des tables et des chapeaux. La dignité est au mé-

decin ce que le crédit est au marchand ; une fois perdue, il ne peut la reconquérir.

Notre raisonnement était fort simple : devant un phénomène, tout extraordinaire qu'il parût, avant d'en appeler à une cause surnaturelle, il fallait chercher, disions-nous, si, dans les faits connus, il n'en était pas s'étant produits dans des circonstances analogues. Nous avons cité le phénomène de l'anneau *pensant*, ainsi que la lettre de M. Chevreul, dans laquelle le savant académicien donnait l'explication du mouvement de celui-ci. Cette communication devait montrer que des expériences semblables ne tarderaient pas à venir détruire l'illusion produite par la rotation des tables. Mais l'amour du merveilleux est un sentiment si vivace dans la cervelle humaine que, malgré l'enseignement donné, les extravagances n'en ont pas moins continué à se produire ; elles ont même pris un développement tel, que leur étude ressortit aujourd'hui de la médecine mentale. Nous ne nous en occuperons pas davantage.

Un illustre physicien anglais, M. Faraday, vient de produire, à l'égard de la rotation des tables, des expériences qui ne laissent aucun doute sur la valeur de l'explication que nous en avons donnée tout d'abord. Pour l'instruction de nos lecteurs, nous reproduisons le passage de la lettre de M. Faraday, dans laquelle ce sagace expérimentateur indique comment on peut parvenir à démontrer que l'impulsion initiale du mouvement des tables vient des expérimentateurs, et détruit ainsi toute illusion à l'égard de ce phénomène.

« ..... Quels étaient le siége et la source du mouvement ? autrement dit, était-ce la table qui entraînait la main ou la main qui entraînait la table ? Pour résoudre la question, j'ai fait construire des indicateurs. Un de ces indicateurs consiste en un petit levier, ayant son point d'appui sur la table, tandis que le petit bras est attaché à une épingle fixée sur un carton, lequel peut glisser à la surface de la table, et que le long bras du levier se projette en haut pour indiquer le mouvement. Il était évident que si l'expérimentateur voulait que la table tournât à gauche, et que si celle-ci prenait son mouvement *avant* les mains, placées en même temps sur le carton, alors l'indicateur se déplacerait également à gauche, le point d'appui reposant sur la table ; que si, au contraire, les mains se portaient involontairement vers la gauche *sans* la table, l'indicateur se porterait à droite, et que si la table ni les mains ne se mouvaient, l'indicateur resterait immobile. Eh bien ! veut-on savoir quel a été le résultat des expériences tentées avec cet indicateur ? Toutes les fois que les expérimentateurs voyaient l'indicateur, celui-ci restait parfaitement immobile ; mais si on le retirait de devant eux, ou dès qu'ils détournaient les yeux, l'indicateur se déplaçait çà et là, bien que les expérimentateurs crussent toujours presser directement de haut en bas ; et lorsque la table ne se mouvait pas, il y avait encore une résultante des forces exercées par les mains, qui se produisait indépendamment de la volonté, et qui, par la suite du temps et à mesure que les doigts et les mains s'engourdissaient et perdaient leur sensibilité par cette pression continuelle, finissait par acquérir une force assez grande pour mouvoir la table ou les substances placées au-dessus d'elle.

« Mais l'effet le plus curieux de cet appareil, que j'ai perfectionné depuis et rendu indépendant de la table, c'est la puissance de correction qu'il exerce sur l'esprit des expérimentateurs. Aussitôt que l'indicateur est placé

devant les personnes les plus enthousiastes et qu'elles se sont assurées, ainsi que j'ai toujours eu le soin de le leur faire remarquer, que cet instrument indique d'une manière certaine si elles pressent de haut en bas ou obliquement, tous les effets des tables tournantes cessent, alors même que les expérimentateurs persévèrent, en désirant ce mouvement, jusqu'à la fatigue la plus complète. Pas n'est besoin de surveiller ou d'arrêter les mains : *la puissance est perdue*, et cela, seulement parce que les acteurs ont la conscience qu'ils agissent mécaniquement, et parce qu'ils ne peuvent se faire illusion à eux-mêmes.

« Je sais que quelques personnes pourront répondre que c'est le carton situé près des doigts qui entre le premier en mouvement, et que c'est lui qui entraîne la table et avec elle les expérimentateurs. Tout ce que j'ai à répondre, c'est que l'on peut réduire la feuille de carton à la plus mince feuille de papier ne pesant que quelques grains, à une feuille de baudruche, à l'extrémité même du levier, enfin à une épaisseur de l'épiderme de nos doigts, de sorte que dans l'objection précédente on arriverait aux conclusions les plus surprenantes : la table serait un foyer d'attraction autour duquel toute personne ayant les doigts en l'air, soit à nu, soit reposant sur une feuille de baudruche ou de carton, pourrait être entraînée par toute la chambre. Mais je m'abstiens d'insister davantage sur des résultats imaginaires, qui n'ont en eux rien de philosophique ni de réel. Qu'il me suffise de dire que j'ai réussi à convaincre nombre de personnes enthousiastes, mais franches et loyales, et que le mode d'expérimentation que je propose convaincra toutes les personnes qui recherchent la vérité et qui ne se laissent conduire que par les faits et l'observation.

« En terminant, je ne saurais ne pas exprimer ma surprise des révélations que cette question purement physique a jetées sur l'état de l'esprit public. Sans doute, il y a beaucoup de personnes qui ont apporté, dans cette question, un jugement droit ou au moins une prudente réserve ; mais combien plus grand est le nombre de celles qui ont cru et porté témoignage dans la cause de l'erreur ! Je n'entends pas par là désigner ceux qui se refuseront à accepter mon explication, mais seulement ceux qui rejettent toute considération d'égalité entre la cause et l'effet, qui rapportent, par exemple, le phénomène des tables tournantes à l'électricité ou au magnétisme, dont ils ne connaissent pas les lois,—à l'attraction, alors qu'ils ne voient pas des phénomènes de traction pure et simple, — à la rotation de la terre, comme si la terre tournait autour des jambes d'une table, — ou à quelque autre fait physique inconnu, sans se demander si les forces physiques ne sont pas suffisantes, — ou bien enfin à quelque agent diabolique ou surnaturel, plutôt que de suspendre leur jugement et de s'avouer à eux-mêmes qu'ils ne sont pas suffisamment instruits en pareille matière pour décider de la nature de ces phénomènes. Un système d'éducation qui montre l'état moral du public sous le jour sous lequel cette question vient de nous le révéler doit pécher gravement par sa base. »

Prévention d'homicide par imprudence. — Mort causée par le chloroforme. — Acquittement. — On se rappelle le fait de condamnation par le tribunal de police correctionnelle, dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 15 mai. M. Triquet en a appelé de ce jugement devant la Cour impériale, et nous sommes heureux d'avoir à signaler l'acquittement de ce

jeune et honorable confrère. Voici le texte même de l'arrêt prononcé par la Cour :

« Considérant que l'instruction et les débats ne révèlent de la part de Triquet et de Masson aucun fait d'imprudence, de négligence, d'inattention, de défaut de précaution ou d'inobservation des règles de l'art dans l'application du chloroforme par eux faite à Berton, sur la demande de celui-ci, et pour une opération qui en motivait l'emploi, renvoie Triquet et Masson des fins de la poursuite, sans dépens. »

Le beau rapport de M. Robert, sur les cas de mort subite causée par le chloroforme, ainsi que la discussion qui se poursuit au sein de la Société de chirurgie, mais surtout les dépositions de MM. Velpeau et Nélaton, ont été pour une bonne part dans le résultat obtenu par M. Triquet. Nous nous félicitons de cet acquittement et pour notre confrère, et pour le corps médical, car cette condamnation était, nous l'avons dit, un antécédent fâcheux. Le jugement que nous avons porté sur la conduite de notre jeune confrère a paru, à quelques organes de la presse médicale, sortir de nos habitudes de modération et de justice. Nous ne pouvons accepter ce reproche. Nos confrères de la presse ont confondu en cette circonstance la *solidarité* avec la *responsabilité médicale*, deux choses fort distinctes. Le *Bulletin* a, dans toutes les occasions, proclamé le principe de l'irresponsabilité du médecin, mais sans accepter en même temps la défense de toutes les circonstances de l'acte incriminé.

Il ne nous était pas permis, d'ailleurs, de discuter l'arrêt prononcé par le tribunal ; nous devions accepter ce jugement comme un fait, et notre rôle devait se borner à apprécier les conséquences que la jurisprudence nouvelle faisait peser sur le corps médical. Nous n'avons pas hésité à rassurer nos confrères à cet égard, en leur montrant le motif de la sévérité des juges. Le nouvel arrêt vient légitimer notre manière de voir, que le jeune médecin mis en cause avait failli seulement à ses devoirs envers la corporation et non envers la société. C'est, du reste, une question de déontologie médicale dont le développement nous entraînerait trop loin aujourd'hui, et que nous renvoyons à l'examen de M. le docteur Max. Simon ; ce sera pour notre savant collaborateur l'occasion de compléter ses chapitres sur la *critique en médecine* et la *responsabilité médicale*.

L'inviolabilité du médecin est une question sociale ; nous en prendrons pour nouvelle preuve les paroles suivantes, par lesquelles M. le professeur Velpeau a terminé sa déposition : « *L'issue de ce procès importe bien plus à la société elle-même qu'au corps médical.* Ce ne sont pas les chirurgiens, mais les malades qui ont besoin du chloroforme et qui en réclament l'emploi ; aussi y a-t-il au fond de cette cause une question d'humanité. Il est évident que si, au moment d'employer le chloroforme, *le médecin entrevoit la possibilité d'un événement dont il n'est pas maître et qui peut entraîner pour lui une condamnation judiciaire, quel que soit son désir d'épargner des douleurs au patient, il s'y refusera*, et opérera sans user des moyens anesthésiques. Et loin de nous la pensée de dire ici que le médecin ait, en général, le droit de tenter toutes les expériences sur son malade ; mais s'il faut qu'il soit exposé à des poursuites, alors même qu'il aura usé de toutes les précautions dictées par la plus exacte prudence, *je déclare que moi-même je n'oserai plus employer le chloroforme.* »

La Société de chirurgie a suspendu un instant la discussion sur le chloroforme pour célébrer le dixième anniversaire de sa fondation et installer son nouveau bureau. Un discours du président sortant, M. Guersant, sur les devoirs du chirurgien, un compte-rendu dans lequel le secrétaire, M. Marjolin, a déroulé les nombreux et importants travaux accomplis par la Société, puis une allocution du nouveau président, M. Denonvillers, ont rempli cette séance.

La Société de médecine de Toulouse vient de proposer, pour sujet du prix à décerner en 1855, la question suivante : « Indiquer la marche que « doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater, après la « mort, l'empoisonnement par le phosphore. » Le prix est de 300 fr. — La Société rappelle qu'elle a proposé, pour sujet du prix à donner en 1854, la question : « Du diagnostic et du traitement des ulcérations du col de la « matrice. » Le prix est de 300 fr. — Les mémoires devront être adressés, avant le 1er janvier de chaque année, au secrétaire général de la Société.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les professeurs chargés de l'enseignement de la botanique au Muséum d'histoire naturelle, dans les Facultés de sciences et de médecine et dans les Ecoles supérieures de pharmacie, seront tenus de faire, pendant la belle saison, des excursions scientifiques, dans lesquelles ils exerceront les élèves à reconnaître sur place les caractères et les familles des plantes.

Le corps des officiers de santé de l'armée belge vient de faire frapper une médaille en l'honneur de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé. Ce témoignage de sympathie lui a été remis par une Commission composée de MM. le baron Seutin, médecin en chef de l'armée, Fallot, médecin en chef honoraire, Lebeau, médecin de garnison, Verheyen, inspecteur vétérinaire, Versé, Gosse, Delahaye, médecins de régiment, Havet, médecin de bataillon, et Demaret, pharmacien. — Cette manifestation est d'autant plus flatteuse, dit l'Indépendance belge, qu'il s'agit d'un hommage rendu à l'unanimité, à l'homme qui, placé depuis vingt-trois ans bientôt à la tête de ce service, a eu naturellement plus d'une prétention à combattre, plus d'une espérance à contrarier, et, par conséquent, à exciter plus d'un mécontentement.

Un monument vient d'être élevé, par souscription, à la mémoire du docteur Blanche, le savant chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen. Le buste de ce médecin, dû au ciseau de notre habile statuaire Dantan, a été inauguré ces jours derniers dans la cour de l'hôpital, en présence de la famille du défunt et des autorités du département.

M. Adrien de Jussieu, président de l'Académie des sciences, est mort le 29 juin, au Jardin des Plantes. La chaire de botanique rurale au Muséum d'histoire naturelle, qu'il laisse vacante, vient d'être supprimée, et l'on a créé en remplacement une chaire de paléontologie.

Le corps médical de Lyon vient de faire, à quelques jours de distance, deux pertes bien regrettables. M. le docteur Montain, ancien chirurgien en chef de l'hospice de la Charité, et professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Lyon, est mort le 17 juin, après une longue et pénible maladie ; et le docteur Pravaz a succombé le 24 à une affection cérébrale de courte durée. M. Pravaz était membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris et président de l'Académie des sciences de Lyon. Il jouissait parmi ses concitoyens d'une estime que lui avaient conciliée les habitudes sévères et la probité de sa vie, la loyauté de son caractère, la sûreté de son commerce et l'exercice désintéressé de sa profession. Les obsèques qui ont été faites à ces honorables confrères témoignent des regrets universels qu'inspirait leur perte.

Un des membres les plus anciens de l'Académie de médecine de Paris M. le docteur Abraham, vient de succomber.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES, PAR LE SULFATE DE QUININE ASSOCIÉ A L'ACIDE TARTRIQUE.

Par le docteur RAYMOND BARTELLA.

Lorsque, il y a deux ans, j'appelais pour la première fois l'attention des praticiens sur l'emploi du sulfate de quinine associé à parties égales d'acide tartrique, dans le traitement des fièvres intermittentes, je faisais des vœux pour que mes confrères voulussent bien soumettre à une expérience comparative un composé médicamenteux qui me paraissait susceptible de rendre les plus grands services dans la pratique, sous le rapport économique principalement. J'insistais surtout sur cette particularité que l'on pouvait, à l'aide de ce moyen, économiser dans les fièvres rebelles les deux tiers, et dans les fièvres simples à leur début, la moitié du sulfate de quinine nécessaire pour obtenir la guérison dans les conditions habituelles du traitement des fièvres intermittentes.

Je suis loin de m'étonner que mes expériences n'aient pas été reprises par d'autres. Les médecins ont été trop souvent déçus à cet égard ; et d'ailleurs je n'avais rapporté qu'un petit nombre de faits recueillis en automne et en hiver, c'est-à-dire dans les saisons où les fièvres périodiques sont certainement le moins dangereuses, dans les pays où elles règnent endémiquement. Pensant, avec Zimmerman, que « la répétition des observations est le meilleur moyen de distinguer ce qui est faux de ce qui est douteux, ce qui est douteux de ce qui est probable, ce qui est probable de ce qui est vrai », j'ai poursuivi mes expériences, et je vais en faire connaître les résultats. On verra d'ailleurs que je ne me suis pas seulement proposé pour but de montrer les avantages de l'association de parties égales d'acide tartrique et de sulfate de quinine sous le rapport économique dans le traitement des fièvres périodiques ; je me suis également efforcé de déterminer la dose la plus faible à laquelle on peut descendre sans inconvénient, ainsi que le meilleur mode et le temps le plus favorable pour l'administration du médicament.

Désireux de procéder à ces expériences sans compromettre le salut des malades, après avoir d'abord fait justice des complications, autant que les circonstances le permettaient, j'ai donné, dans les fièvres intermittentes pure ou non pernicieuses, une première dose du médicament en question, dose qui variait, suivant l'âge du malade, la gravité et l'ancienneté de la maladie, entre 4 et 24 grains. Ensuite, pour bien

juger de l'effet produit, j'ai attendu le retour de deux accès fébriles, et, suivant leur intensité, la seconde dose du médicament a varié de 4 à 12 grains. En procédant de cette manière, j'ai très-rarement été obligé de revenir de nouveau au fébrifuge.

Dans les fièvres intermittentes pernicieuses, dans lesquelles l'existence des malades est toujours plus ou moins mise en question, j'ai donné une dose plus forte du sel fébrifuge, moindre cependant que celle que prescrivent les auteurs pour le sulfate de quinine ou pour d'autres préparations de quinquina ; et encore ai-je réservé ces doses un peu fortes pour les fièvres pernicieuses avec un symptôme prédominant (*febres comitatæ*), tandis que pour les fièvres pernicieuses subcontinues, ne tenant pas tant compte de la gravité des accès que de la tendance plus ou moins grande à la continuité, j'ai presque suivi les mêmes règles que pour les intermittentes pures ; par suite, la première dose a été de 12 à 24 grains, et la seconde proportionnée aux accès subséquents, de 6 à 14 grains. Rarement j'ai été obligé de revenir à de nouvelles doses.

Les mois de juillet, d'août et de septembre sont ceux de l'année où il convient de donner une dose un peu plus forte.

La fièvre coupée, j'ai toujours recommandé aux malades, indépendamment des précautions hygiéniques, de prendre au moins à trois reprises différentes la très-faible dose de 3 à 6 grains de ce sel, comme préservatif; mais à quelle époque? C'est ce que je vais examiner.

Beaucoup de médecins ont l'habitude de prescrire la dose préservatrice le jour qui précède le retour du septénaire, en comptant de la première invasion, parce que, dit-on, la récidive a lieu ordinairement le septième jour. Cela est-il vrai d'une manière constante? c'est ce que je ne saurais dire, faute d'observation à cet égard. Si je ne me suis pas soumis à cette pratique, c'est qu'il n'y a pas de règle certaine pour établir et déterminer les septénaires. Ce sont les campagnards qui sont affectés le plus généralement de fièvre intermittente, et il est rare qu'ils ne laissent pas s'écouler un temps plus ou moins long, suivant la gravité plus ou moins grande de la fièvre, avant de venir réclamer des soins. Il y a plus, en admettant comme une chose incontestable que la fièvre récidive tant que la cause prédisposante persiste chez un individu, je ne vois pas pourquoi une fièvre périodique reculerait d'un jour tous les deux septénaires, et cela, parce qu'on a donné un antipériodique (1). A la rigueur, la chose se comprendrait pour les fièvres

(1) Prenons un exemple, une fièvre tierce simple, dont l'invasion se rapporterait au 1er du mois. Si l'on n'avait pas administré de fébrifuge, la fièvre devrait revenir tous les jours impairs. Supposons, maintenant, que l'anti-

périodiques, quotidiennes ou doubles-tierces qui reviennent tous les jours; et dans quelques-unes de ces fièvres, j'ai prescrit le fébrifuge le sixième, le treizième et le vingtième jour, en comptant, non pas de la première invasion de la fièvre, mais de la cessation de celle-ci. Mais je n'ai pas tardé à remarquer que la périodicité étant coupée par les préparations de quinquina, les malades éprouvent, les jours qui correspondent aux deux accès suivants, et à la même heure, une sensation de malaise que je considère comme une tentative de retour à la périodicité. J'ai donc pensé qu'il était préférable de compter, comme Sydenham, pour l'administration des doses préservatrices, de la cessation de la fièvre, et de poursuivre le calcul des jours de pyrexie sous le même type que celle-ci affectait avant l'administration de l'antipériodique; et par suite, j'ai prescrit les doses préservatrices, les septième, treizième, dix-neuvième, vingt-cinquième jours, auxquels correspond toujours un paroxysme fébrile, qu'il s'agisse d'une fièvre intermittente quotidienne, tierce ou quarte.

Loin de moi la pensée de donner cette méthode comme infaillible; je sais trop, par expérience, qu'il est des cas dans lesquels, quoi qu'on fasse, la fièvre se reproduit pour les causes les plus légères et les plus insignifiantes : j'ai voulu seulement faire connaître ma manière de procéder, dont les résultats ont répondu à mon attente. J'ajouterai aussi que les récidives sont d'autant plus communes que, par incurie et trop souvent aussi par suite de leurs occupations ou de leur position indigente, les malades ne peuvent se soumettre aux précautions hygiéniques indispensables pour assurer la durée de la guérison.

Bien que dans l'été de 1851 le nombre des fièvres, dans le pays où j'exerce, n'ait pas été aussi considérable que d'habitude, à cause de l'abondance des pluies, je n'en ai pas moins recueilli, depuis le 1er avril de cette année jusqu'à la fin de mars 1852, 208 observations de fièvres intermittentes, dont 196 pures et 12 pernicieuses, toutes traitées par le sulfo-tartrate de quinine (1). Ce sont ces faits qui forment la base

périodique n'ait pas complétement fait justice du phénomène de la périodicité; alors, dans l'hypothèse des septénaires, les récidives devraient avoir lieu le 7, le 14, le 21, le 28; c'est-à-dire que l'accès aurait lieu, non pas les jours impairs, mais un jour impair et un jour pair alternativement; de sorte que pour un septénaire, et pour l'autre non, il y aurait un retard d'un jour, ce qui équivaudrait au manque de l'accès. Enfin, l'administration des doses préservatrices correspondrait aux 6, 17, 20, 27 ; mais la chose possible le 6 et le 20, jours apyrétiques, ne serait pas possible les 13 et 27, jours de fièvre. (*Note de l'auteur.*)

(1) Il est bien entendu que ce mélange à parties égales de sulfate de quinine et d'acide tartrique, que je désigne sous le nom de sulfo-tartrate

de ce Mémoire. Dans la crainte d'abuser de la patience du lecteur, je ne mentionnerai que les faits véritablement importants; j'indiquerai simplement, pour les autres, la dose de fébrifuge avec laquelle j'en ai triomphé.

Fièvres intermittentes pures.

Les fièvres intermittentes pures, qui, ainsi qu'on vient de le lire, étaient au nombre de 196, se présentaient sous différents types : 11 étaient quotidiennes, 1 anomale, 72 tierces, 94 doubles-tierces, 12 quartes et 6 doubles-quartes.

1° *Fièvres quotidiennes.* — De ces 11 fièvres quotidiennes, une seule était fausse, les 10 autres étaient légitimes. Dans toutes ces fièvres, la première dose du mélange fébrifuge a varié entre 6 et 24 grains. La fausse quotidienne fut observée chez une femme d'une assez mauvaise santé, affectée, à d'autres époques, de fièvre intermittente sous différents types. Dans la convalescence, il survint des accès fébriles vers le soir, accès qui commençaient par des frissons et se terminaient par de la sueur. Ces accès me laissaient beaucoup de doute relativement à leur caractère périodique. Pour m'en assurer, je résolus de tenter l'emploi du sulfo-tartrate de quinine, et cinq jours après que les accès étaient bien établis, je fis prendre, le 31 mai, en une seule fois et avant l'accès, 6 grains de ce sel (6 grains de chaque). La fièvre ne manqua pas, mais elle fut plus courte. Le 1er juin, 3 autres grains du même sel : à l'heure de l'accès, sentiment de malaise, qui se termina par la sueur. Même phénomène le lendemain. Puis la malade entra en convalescence. Quant aux autres quotidiennes, légitimes, au nombre de 10, la dose de l'antipériodique dépensée varia suivant la gravité plus ou moins grande de la maladie. Ainsi :

La première dose fut de un demi-scrupule de sulfo-tartrate de quinine (demi-scrupule de chaque) chez 7 malades. Dans un cas, guérison complète, sans récidive. Dans un second, chez une jeune fille de douze ans, convalescente d'une synoque grave, il fallut en donner une seconde dose de 6 grains (de chaque), et cette dose, comme l'autre, fut prise en trois fois, une heure avant l'accès fébrile. Dans deux autres cas, la seconde dose fut de 9 grains, et dans trois autres, de demi-scrupule

de quinine, n'a aucun rapport avec le sulfo-tartrate de quinine de Righini. J'ajouterai, et c'est une considération assez importante, que toutes les fois que j'indiquerai une dose de sulfo-tartrate de quinine, cela voudra toujours dire une dose semblable de quinine et d'acide tartrique. Ainsi, 4 grains de sulfo-tartrate de quinine représentent pour moi un mélange de 4 grains de sulfate de quinine et de 4 grains d'acide tartrique. (*Note de l'auteur.*)

(de chaque). Chez un de ces derniers, cette seconde dose fut inefficace. C'était un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, qui, dans la convalescence d'une synoque grave, fut pris d'une fièvre quotidienne associée à de la céphalalgie. Un demi-scrupule de valérianate de quinine ne produisit aucun soulagement dans l'accès suivant; même dose à la fin de celui-ci. Le second et le troisième jour, retour de la fièvre. Purgatif deux jours de suite. Le malade fut abandonné à lui-même pendant quatre jours encore, avec une boisson tartarisée seulement; pas de changement dans la fièvre. Le dixième jour, demi-scrupule de sulfo-tartrate de quinine (de chaque). Fièvre moins intense et retardée de deux heures. Même dose le lendemain. Fièvre encore plus discrète et plus retardée. Le quatorzième jour, des phénomènes d'irritation gastrique réclamèrent l'emploi d'un traitement évacuant et légèrement antiphlogistique qui acheva la guérison. — Il semble donc résulter de ce fait que la périodicité peut être le symptôme de l'un des éléments morbides divers de l'état pathologique qui constitue les fièvres intermittentes, et qu'il peut être nécessaire d'accommoder le traitement à ces éléments pour triompher de la périodicité. C'est là ce qui explique comment, dans certains cas, les fièvres intermittentes guérissent sans l'emploi des antipériodiques.

Chez deux malades dont la fièvre était plus grave, la première dose fut portée à 18 grains (de chaque). Chez l'un, cette dose fut suffisante pour couper la fièvre, mais je lui fis prendre, à titre de préservatif et suivant le mode indiqué plus haut, une pilule de 4 grains (de chaque), à trois reprises différentes. Chez l'autre, une seconde et une troisième dose furent nécessaires; ce malade avait été traité et guéri au mois de mai d'une fièvre quotidienne. Le 4 août, il fut pris d'une fièvre d'accès avec mouvements convulsifs et spasmodiques. Une potion calmante fit justice des accidents spasmodiques ; à l'apparition de la sueur, administration de 18 grains de sulfo-tartrate (de chaque) dans 2 onces de liquide. Sueur abondante, apyrexie parfaite. Le 5, fièvre plus légère, et à la fin de l'accès, 6 grains (de chaque) en deux pilules. Le 6, fièvre encore moins intense, pas de régularité: elle reparaît encore jusqu'au 7; on continue la même dose de sulfo-tartrate; guérison. — Peut-être ce fait, par sa gravité et par les mouvements convulsifs auxquels il était associé, pourrait-il être rangé parmi les fièvres pernicieuses; mais à ce titre, et si l'on voulait ranger dans les pernicieuses toutes les fièvres périodiques qui présentent des symptômes graves, il faudrait élargir démesurément le cadre de ces fièvres. Pour moi, je ne saurais considérer comme telles que celles qui se présentent avec un ensemble de symptômes qui indiquent une lésion profonde du

système nerveux, *quando lethalibus symptomatibus appetunt*, comme disent certains auteurs, ou, comme disent certains autres, *quando tam valde cerebrum nervosque appetunt, ut propè mortem afferant.*

Quant au dixième cas, il était plus grave encore que tous les autres. C'était un facteur rural, âgé de trente ans, qui avait pris, vers la fin d'août, deux demi-scrupules de sulfo-tartrate de quinine, pour couper une fièvre tierce. Le 20 octobre, la fièvre reparaît sous le type quotidien. Le 22, administration d'un scrupule de chaque en pilules. Les accès diminuent, mais ne disparaissent pas. Pendant cinq jours, pas de médicament, et chaque jour, à la même heure, fièvre avec frisson, se terminant par de la sueur. Le sixième jour, avant l'accès, 12 grains de sulfo-tartrate (de chaque) en une seule fois, dans une once et demie de liquide. Fièvre moins intense, accès plus court et avec sueur plus abondante. Convalescence à partir de ce moment. Le malade fit usage du médicament à dose préservatrice; néanmoins, par suite de sa profession qui lui faisait parcourir les campagnes, il fut pris, vers le 10 novembre, d'une fièvre double-tierce, qui céda à un demi-scrupule du même médicament (de chaque). Depuis ce moment, pas de nouveaux accès, quoique le malade ait continué sa profession. Aucun autre malade n'a eu de récidive.

2° *Fièvres anomales.* — Je n'en ai observé qu'un seul exemple chez un homme de soixant-dix ans, qui, dans la convalescence d'une synoque grave, fut pris d'une fièvre intermittente anomale. Je lui fis prendre, au moment de l'invasion de l'accès, 18 grains de sulfo-tartrate (de chaque) dans deux onces de liquide, en trois fois, à intervalle de quinze minutes. L'accès fut très-intense, mais il ne s'est pas reproduit.

On voit que dans ce cas j'ai suivi, à peu de chose près, la méthode de Pfeufer, qui consiste à donner ce fébrifuge en une seule fois immédiatement avant l'accès, mais avec cette différence cependant que la dose a été fractionnée et prise une heure avant l'accès. Je dois dire que dans deux autres cas où j'ai employé cette méthode dans toute sa pureté, les effets de l'antipériodique ont été des plus marqués, et que la fièvre ne s'est reproduite que dans l'un d'eux. J'indiquerai plus loin les circonstances assez rares dans lesquelles j'ai été conduit à en faire usage.

(*La fin à un prochain numéro.*)

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES FÉBRILES, ET EN PARTICULIER DE LA PNEUMONIE, DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, ETC.

(Suite) (1).

Les deux observations de pneumonie qu'il nous reste à faire connaître ont été recueillies chez des vieillards.

Obs. V. *Pneumonie du côté droit chez une femme de soixante-dix ans, traitée sans succès par une saignée et la potion stibiée. Emploi de la vératrine. — Guérison.* — Salle Notre-Dame, n° 64. Bunnens (Josine), 70 ans, couturière, entrée le 13 mai. Cette femme, d'une constitution assez faible et d'un tempérament lymphatico-bilieux, a déjà eu quatre ou cinq fluxions de poitrine, avec de la fièvre et des crachats sanglants. Veuve depuis sept années, elle a éprouvé des privations et des chagrins. Depuis quatre mois, elle est valétudinaire, a de la fièvre, des douleurs dans les reins et dans le dos, toux et expectoration abondante. Il y a six semaines, elle est devenue plus malade : céphalalgie, souvent des accès de fièvre ; enfin elle gardait le lit depuis le 9 mai, lorsque trois jours après, elle a été prise d'un point de côté, d'une fièvre très-vive, avec toux et expectoration sanglante.

Tels étaient les accidents éprouvés par la malade, le jour et le lendemain de son entrée à l'hôpital ; le 14 mai, le pouls était à 92 ou 96, assez dur ; respiration précipitée, 36 à 40 inspirations. La pneumonie assez étendue occupait les fosses sus et sous-épineuses du côté droit, ainsi que le prouvaient la matité et la présence d'un souffle tubaire très-intense, avec râle crépitant dans la toux. Une saignée du bras de trois palettes lui fut pratiquée, et la malade fut mise à l'usage du tartre stibié, 0,30 dans un julep gommeux. La saignée se couvrit d'une couenne très-épaisse, et il y eut beaucoup de vomissements à la suite de la potion stibiée. La malade se trouvait soulagée ; le pouls était tombé à 84 ; mais la respiration restait précipitée (44 inspirations par minute), mêmes signes stéthoscopiques. La potion stibiée fut continuée le 15 mai. Le 16 nous trouvâmes la malade bien plus accablée que la veille : elle avait moins vomi ; mais le pouls était remonté à 96 ; la peau très-chaude et sèche, la respiration précipitée, à 44, comme la veille, et de plus le souffle tubaire s'était étendu ; il était très-éclatant, et occupait plus de la moitié supérieure du poumon droit en arrière ; du râle crépitant et de la faiblesse du murmure respiratoire inférieurement, annonçaient la propagation probable de la maladie au reste du poumon. L'occasion nous parut favorable pour essayer la vératrine dans un cas où le tartre stibié venait bien véritablement d'échouer. En conséquence nous prescrivîmes 4 pilules de vératrine, de 5 milligrammes chaque, une toutes les six heures. Tisane pectorale chaude ; julep diacode ; deux bouillons.

Le lendemain 17 mai, les choses étaient déjà plus favorables. Le pouls était tombé à 60, très-faible et très-petit, mais régulier ; respiration moins accélérée (36 inspirations). Toujours du souffle tubaire et de la matité, mais le souffle était moins éclatant et occupait une moindre étendue. Un peu de râle crépitant de retour après la toux ; bronchophonie. En revanche la malade était dans un accablement très-marqué : la face un peu froide et sans

(1) Voir la livraison du 15 juillet, page 5.

expression; les extrémités également froides. Les pilules n'avaient occasionné que des nausées et pas de vomissements. (Prescription : toutes les heures quelques cuillerées de vin et de bouillon. Vin de Bordeaux, 250 grammes; 4 pilules de vératrine, une toutes les six heures, à partir de quatre heures du soir.)

18 mai. Nausées sans vomissements, à la suite des pilules. Deux des pilules ont été données dans l'après-midi et une ce matin. Pouls à 56, faible. Peau fraîche. Face un peu froide, ainsi que les mains. Voix un peu éteinte. Respiration irrégulière, saccadée, avec des intermittences (32 inspirations). Très-peu de toux. Expectoration salivaire, aqueuse, spumeuse. Encore du souffle tubaire, mais bien moins éclatant à la partie interne des fosses sus et sous-épineuses. (6 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures; continuer le bouillon et le vin de Bordeaux.)

19 mai. Nausées sans vomissements et pas de garderobes; la malade a pris ses six pilules. Ce matin, elle se trouve très-bien. Pouls faible, à 56. Respiration à 36 par minute. Il ne reste plus que de la respiration soufflante, en dehors de la fosse sous-épineuse. Quelques râles crépitants disséminés dans le poumon droit en arrière; éruption d'herpès sur la face dorsale du nez. (Tilleul orangé, 4 pilules de vératrine, une toutes les six heures. Même prescription.)

20 mai. La malade se trouve mieux. Pouls à 60; 32 à 36 inspirations. Pas de toux; très-peu d'expectoration, purement muqueuse. Respiration encore soufflante dans la fosse sus-épineuse et en dedans de celle-ci. Retentissement de la voix et de la toux. L'éruption herpétique du nez est en dessiccation. Pas de soif, appétit (4 pilules de vératrine. Même prescription).

21 mai. Pouls un peu plus fréquent, 80 ou 84 pulsations, faible et irrégulier. Peu de chaleur à la peau, pas de soif; langue humide. Appétit; pas de garderobe. Ventre souple et indolent. Pas de souffle tubaire, mais respiration encore soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses, avec retentissement de la voix. (4 pilules de vératrine, vin de Bordeaux, 250 gr.; une portion d'aliments.)

22 mai. Très-bon état, sauf la constipation qui dure depuis quatre ou cinq jours, et qui lui occasionne une sensation de brûlure et de crampes dans l'estomac. Pouls faible, avec quelques irrégularités, 72 à 76 pulsations. (Même prescription, 2 pilules de vératrine.)

23 mai. Pouls toujours peu régulier, à 60. Très-peu de toux, pas d'expectoration. Respiration un peu rude et presque soufflante au sommet du poumon droit en arrière. (On supprime la vératrine. Même prescription.)

Nous avons conservé un mois encore cette malade à l'hôpital, à cause de son état de faiblesse, mais surtout à cause de sa misère. La respiration est restée longtemps rude et soufflante au sommet du poumon droit. La malade s'étant plainte, le 30 mai, d'avoir un peu de fièvre le soir sans frisson, mais avec transpiration dans la nuit, nous lui avons fait prendre pendant quelques jours du sulfate de quinine à la dose de 75 et 60 centigr.

Nous recommandons la lecture de cette observation et de la suivante, parce qu'elles montrent les avantages que peut nous offrir la vératrine dans le traitement de la pneumonie des vieillards. Une saignée, l'emploi du tartre stibié à dose contro-stimulante, n'avaient produit aucune amélioration. La vératrine a fait rapidement justice des accidents géné-

raux, et la résolution de la phlegmasie s'est opérée ensuite sans difficulté. Si le résultat a été moins favorable dans l'Obs. VI, cela tient certainement au temps qui s'était écoulé depuis le début de la pneumonie, et aussi à la faiblesse, à la détérioration profonde de la constitution de la malade. L'examen nécroscopique nous a d'ailleurs révélé chez elle l'existence d'une altération ancienne et profonde de l'organe central de la circulation, altération qui nous paraît jouer un grand rôle dans la terminaison funeste des maladies aiguës chez les personnes qui en sont affectées ; mais c'est un sujet que nous nous proposons de traiter ultérieurement, avec tout le soin et tous les détails qu'il mérite.

Obs. VI. *Bronchite capillaire et double pneumonie chez une femme de soixante-neuf ans.—Acccidents des plus graves.—Emploi de la vératrine à haute dose.—Amélioration inespérée.—Rechute.—Mort.—Autopsie.* —Salle Notre-Dame, n° 23. Lanneau (Catherine), soixante-neuf ans, concierge, entrée le 18 mai, morte le 25 mai. Cette femme, d'une constitution profondément détériorée et qui marquait un âge bien plus avancé que celui qu'elle avait réellement, nous fut apportée presque sans aucun renseignement. Nous apprîmes, plus tard, qu'elle était valétudinaire depuis longtemps et qu'elle toussait habituellement. Elle était malade depuis quatre ou cinq jours, et gardait le lit depuis trois jours seulement. Le début des accidents paraissait avoir été insidieux ; la toux habituelle avait augmenté, l'expectoration était devenue plus difficile; puis il était survenu de la fièvre et de la gêne dans la respiration; mais elle n'avait eu ni point de côté ni crachement de sang.

Le lendemain de son entrée, 19 mai, cette femme nous fut présentée comme atteinte d'une bronchite chronique, et comme elle avait 72 pulsations seulement, nous remîmes au lendemain son examen plus détaillé, en lui prescrivant quelques boissons chaudes, un julep et des bouillons pour nourriture. Mais, le 20 mai, nous trouvâmes cette malade couchée sur le côté droit, dans un abattement profond, répondant avec difficulté et mauvaise humeur aux questions qu'on lui adressait. La peau était chaude et sèche ; la respiration difficile et précipitée (44 inspirations); la soif vive, le pouls faible, mais peu fréquent, à 72. La malade respirait si mal, que la respiration s'entendait à peine dans toute la poitrine, avec des râles sibilants et sous-crépitants profonds, surtout du côté droit. Diminution très-sensible de la sonorité dans la moitié inférieure du poumon gauche, et, dans ce point, nous crûmes entendre du souffle tubaire et du râle crépitant.

L'état général de cette malade était si grave, que nous nous demandâmes si nous devions lui faire un traitement actif. Espérant cependant que cet accablement et cette faiblesse tenaient peut-être à l'étendue et à la gravité de la phlegmasie pulmonaire, nous lui fîmes pratiquer immédiatement une saignée du bras, de 12 onces, qui se couvrit d'une couenne très-mince et fragile. Cette saignée n'amena aucun soulagement; au contraire, son accablement était plus profond le 21 mai; le pouls plus fréquent, à 84 ou 88; la respiration toujours précipitée (44 inspirations par minute); le souffle tubaire était plus éclatant que la veille, et le râle crépitant moins abondant. Dans une position aussi grave, et qui ne laissait pas de doute sur une solution très-prochainement funeste, nous n'hésitâmes pas à frapper un grand

coup, et nous prescrivîmes 12 pilules de vératrine, de 5 milligrammes chaque, une toutes les deux heures.

La malade n'avait pris que 11 pilules de vératrine au moment de la visite du 22 mai. Elle avait peu vomi dans la journée et beaucoup dans la nuit; elle était encore tourmentée par des hoquets. L'abattement était toujours profond, mais il y avait moins d'oppression ; le pouls était tombé à 48, la respiration à 32 ou 36 par minute. En revanche, les extrémités et la face étaient un peu froides et la malade respirait si faiblement, qu'on n'entendait ni le murmure respiratoire ni le souffle. — Le nombre des pilules de vératrine fut réduit à 8, une toutes les deux heures, à partir de 1 heure de l'après-midi, et nous lui fîmes donner, plusieurs fois dans la journée, quelques cuillerées de bouillon, et 250 grammes de vin de Bordeaux.

23 mai. La malade était mieux dans la soirée d'hier; elle a pu dire quelques mots. L'affaissement était moins profond. Pouls à 40 pulsations par minute. Elle a craché et salivé beaucoup, mais elle n'a vomi qu'à partir de la troisième pilule. Ce matin, face plus animée, yeux ouverts, moins de refroidissement. Pouls irrégulier, un peu vibrant, à 44 ou 48; la respiration toujours précipitée à 40, avec quelques plaintes ; la malade dit cependant qu'elle se trouve mieux. A chaque instant des mucosités jaunâtres remontent des bronches dans la bouche, et s'écoulent presque sans effort par celle-ci. (Même prescription.)

24 mai. La malade n'a voulu prendre que 4 pilules ; elle les crache presque immédiatement après qu'on les lui a données. Elle n'a pas vomi et ne paraît pas avoir le libre exercice de son intelligence, ne sait trop ce qu'elle dit ni ce qu'elle fait; elle semble cependant plus éveillée et moins absorbée. L'œil est assez net et vif. Très-peu de chaleur à la peau. Pouls toujours très-lent, avec quelques retards, à 48 pulsations; 36 respirations par minute. La malade est plus forte ; la respiration est plus large et s'entend mieux à la base du poumon droit en arrière. A ce niveau on entend du souffle tubaire profond, mêlé à du murmure respiratoire. (Même prescription ; plus une potion avec 50 gram. de rhum et autant de sirop de sucre.)

25 mai. La malade n'a pris que très-peu de pilules et quelques cuillerées de rhum, encore avec répugnance. Dans la soirée, la fièvre a augmenté, ainsi que l'affaissement. Ce matin, elle est presque sans connaissance, toujours couchée sur le côté droit. Peau chaude et sèche. Pouls plus fréquent, plus développé, 76 pulsations ; 36 inspirations. Commencement de râle trachéal. Elle meurt quelques heures après la visite, à dix heures du matin.

L'autopsie nous révéla l'existence d'une double pneumonie occupant la moitié inférieure du poumon gauche et une grande partie du lobe moyen et supérieur du poumon droit, avec bronchite capillaire générale et dilatation des bronches dans ce même côté droit. L'altération pulmonaire n'allait nulle part au delà de l'hépatisation rouge. Emphysème du sommet des deux poumons et principalement du sommet du poumon droit. Le cœur décoloré et ramolli, couleur feuille-morte, se déchirait avec la plus grande facilité. La muqueuse de l'estomac avait conservé sa consistance normale, mais elle présentait au niveau du grand cul-de-sac de nombreuses arborisations et une injection stellaire ou ponctuée.

En lisant les observations qui précèdent, on aura été certainement frappé de la constance des effets physiologiques et thérapeutiques

produits par la vératrine. Relativement aux effets physiologiques immédiats, tous ou presque tous les malades ont commencé à éprouver à partir de la première, mais le plus ordinairement à partir de la deuxième ou de la troisième pilule de vératrine, par conséquent après l'administration de 5, 10 ou 15 milligrammes de cet alcaloïde, les phénomènes suivants : envies de vomir, nausées, vomissements, quelquefois des hoquets, rarement des évacuations alvines, plus rarement encore une sensation de chaleur ou de brûlure passagère le long de l'œsophage ou dans l'estomac. Les envies de vomir et les nausées étaient les premières à se montrer et les dernières à disparaître. Les vomissements, d'abord aqueux, finissaient par être composés exclusivement de bile verdâtre. Nausées et vomissements se succédaient dans certains cas avec une telle fréquence, que les malades n'avaient pas cinq à dix minutes de relâche. Un hoquet fatigant et obstiné tourmentait encore parfois les malades, mais le hoquet succédait généralement à des vomissements longs et répétés. Le dévoiement se montrait rarement, et cette particularité m'a d'autant plus surpris, que les quelques travaux publiés sur la vératrine, dans ces derniers temps, mentionnent ce symptôme comme très-fréquent. Enfin, j'ai noté chez quelques-uns de mes malades, et nous le retrouverons bien plus souvent encore dans une autre série d'observations, un phénomène en rapport avec les propriétés irritantes de la vératrine, une sensation de chaleur ou de brûlure le long de l'œsophage ou dans l'estomac, succédant à l'ingestion et au passage des pilules, mais durant rarement plus de cinq à dix minutes.

Parallèlement aux phénomènes précédents, qui se prolongeaient tant que l'on continuait l'emploi de la vératrine à dose assez élevée (car plus tard, dans la convalescence, la tolérance s'établissait pour de faibles doses), on voyait se dérouler toute une série de phénomènes qui témoignaient de l'influence puissante exercée par la vératrine sur les principales fonctions de l'économie. Le système circulatoire, le système respiratoire et le système nerveux étaient surtout profondément atteints, et cette impression exercée sur ces grands systèmes se traduisait par un ralentissement très-marqué du pouls et de la respiration, un abaissement non moins marqué de la chaleur animale, un affaissement considérable. Arrêtons-nous quelques instants sur ces principales modifications :

Le ralentissement des battements du cœur, et par suite la diminution du nombre des pulsations artérielles, occupent certainement la première place parmi les phénomènes physiologiques secondaires que détermine l'emploi de la vératrine. Dans les six observations qui précèdent, le

pouls est tombé, dans les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'administration de cet alcaloïde, de 24 à 60 pulsations, en moyenne de 36 pulsations. Ainsi, au moment où le traitement a été commencé, le pouls battait en moyenne 102 pulsations par minute (maximum 116, minimum 88), et le lendemain, on ne comptait plus en moyenne que 66 pulsations (maximum 84, minimum 48). Si maintenant nous suivons la chute du pouls depuis le commencement du traitement jusqu'à la convalescence ou la mort, nous voyons que le pouls est tombé de 40 à 64 pulsations, en moyenne de 50 pulsations. (Dans un cas le pouls est tombé de 108 à 44, dans un autre de 116 à 56, dans deux autres de 104 à 56, dans un cinquième de 96 à 52, dans un sixième de 84 ou 88 à 44). En même temps qu'il se ralentit, le pouls conserve d'abord sa régularité, tout en se concentrant et en perdant de sa force; dans quelques cas cependant, il devient vibrant, dicrote même, tout en restant dépressible. Bientôt, et à mesure qu'il se ralentit davantage, il cesse d'être régulier ; non pas que les battements se succèdent avec tumulte dans certains moments pour se montrer réguliers dans d'autres, mais il y a des retards, et de temps en temps l'intervalle qui les sépare augmente au point qu'on peut voir manquer une ou deux pulsations. Les battements du cœur éprouvent le même ralentissement et subissent les mêmes irrégularités que le pouls; les bruits de cet organe se voilent et deviennent de plus en plus obscurs à mesure que marche le ralentissement.

La respiration, qui est dans une connexion si étroite avec la circulation, se ralentit également. Le nombre des respirations est tombé de six par minute (maximum 8, minimum 4) du premier au deuxième jour du traitement, sauf dans un cas où il y a eu accélération; mais je me demande si cela ne tiendrait pas à ce que le chiffre des inspirations aurait été compté après avoir déplacé le malade. Du premier jour du traitement à la convalescence ou à la mort, le nombre des respirations est tombé en moyenne de 13 par minute (maximum 28, minimum 6).

L'abaissement de la chaleur animale a été des plus marqués dans tous les cas, et je regrette par conséquent beaucoup de ne l'avoir pas mesurée avec un thermomètre; mais pour donner une idée de la modification apportée sous ce rapport par la vératrine, il me suffira de dire que tel malade que nous laissions la veille avec une peau sèche et brûlante, nous le retrouvions le lendemain avec une peau fraîche, froide même, baignée de transpiration, et donnant à la main la sensation désagréable que fait éprouver le contact d'un animal à sang froid.

Il va sans dire qu'au milieu de phénomènes de dépression aussi

marqués, le système nerveux ne pouvait rester indifférent. Les malades étaient immobiles dans leur lit, décolorés, fatigués, affaissés; la face, pâle, amaigrie, exprimait l'accablement; les yeux étaient quelquefois sans expression, la voix affaiblie et éteinte; mais pas de réaction du système nerveux, et, soit dit en passant, nous n'avons jamais observé les symptômes décrits par Forkl et Turnbull, comme appartenant à l'action physiologique de la vératrine.

J'avoue que la première fois que j'ai observé cet ensemble de symptômes, indiquant une dépression si profonde du système nerveux, je n'étais pas sans inquiétude. Mais ce qui m'a toujours frappé, ce qu'il y a de curieux au milieu de cet état d'accablement, c'est que les malades conservent toute la liberté de leur intelligence et se trouvent souvent parfaitement bien, surtout si les nausées, les vomissements et le hoquet les ont abandonnés. La réaction se fait assez rapidement dès qu'on cesse l'administration du médicament; l'ingestion de quelques cuillerées de vin et de bouillon la rend encore plus facile, et les malades expriment alors leur contentement de cet état de bien-être. Ajoutons que malgré le trouble apporté dans les fonctions digestives par la vératrine, la langue conserve son humidité, la soif n'augmente pas, le ventre reste indolent, et que les malades, qui se sentent très-faibles, réclament avec instance des aliments et du vin.

Plusieurs des modifications que nous venons de passer en revue mériteraient à juste titre de prendre place parmi les effets thérapeutiques, et c'est bien certainement par leur intermédiaire que s'exerce l'action curative du médicament; mais voyons maintenant quelle a été l'influence de celui-ci sur les symptômes principaux de la maladie que nous avons eu à traiter. Dyspnée, toux, expectoration, point de côté; sur tous ces phénomènes, sauf le dernier peut-être, la vératrine a exercé une influence des plus marquées et des plus avantageuses. Constamment la toux est devenue moins fréquente, lors même qu'elle n'a pas cessé entièrement. La difficulté de respirer a entièrement disparu. L'expectoration est devenue plus facile, et les crachats ont changé de caractère, perdant leur viscosité, leur couleur rouillée, abricot, etc., pour redevenir blancs ou muqueux. Seul le point de côté, qui n'existait que dans deux cas, a persisté dans l'un de ces cas et a nécessité l'emploi des ventouses. Nous verrons plus loin que dans la pleurésie nous avons été aussi obligé d'en venir au même moyen.

Il était curieux de voir si les signes physiques de la maladie éprouvaient une amélioration pareille à celle indiquée par les signes locaux et généraux. Cette détermination était d'autant plus utile que M. Norwood, dans ses recherches sur l'emploi du *veratrum viride*, et ceux

qui l'ont suivi dans cette voie n'ont jamais eu le soin de noter les changements éprouvés par les signes physiques, changements qui indiquent cependant d'une manière si précise l'étendue et le degré de l'altération locale à un moment donné. Sous ce rapport, il faut le reconnaître, la vératrine ne possède pas une action aussi puissante et aussi marquée que sous beaucoup d'autres : elle supprime la chaleur à la peau, l'accélération du pouls ; elle diminue la toux, le point de côté, la dyspnée ; mais son influence est bien moins directe sur l'infarctus phlegmasique. Ainsi, dans l'observation I, ce n'est qu'à partir de l'application d'un large vésicatoire et de ventouses scarifiées que la résolution a commencé, et d'une manière graduelle, par l'affaiblissement du souffle tubaire, son mélange avec du râle crépitant, et ultérieurement par la disparition de l'un et de l'autre de ces signes en cinq jours. Dans l'observation IV, la résolution a traîné également, et un vésicatoire a été nécessaire pour décider et trancher la question. Dans l'observation V, la résolution a été aussi assez lente, la respiration est restée assez longtemps soufflante. Dans l'observation VI, malgré l'amélioration évidente de l'état général, la résolution n'a pas eu lieu. En revanche, dans les observations II et III, le râle crépitant s'est établi franchement et rapidement, et en cinq jours tout signe physique de la pneumonie avait disparu.

On aurait tort cependant d'en tirer aucune conclusion défavorable à l'emploi de la vératrine dans le traitement de la pneumonie. Les résultats que nous avons obtenus sont, au contraire, pleinement satisfaisants. Sur six pneumonies, deux doubles, deux compliquées de tuberculisation pulmonaire, deux autres chez des vieillards, nous n'avons perdu qu'une seule malade, avancée en âge ; et encore, ainsi qu'on l'a vu, indépendamment d'altérations pulmonaires fort étendues, cette femme était affectée d'un ramollissement du cœur.

Au point de vue de la durée de la maladie, l'avantage est encore en faveur de la vératrine. Mais ici les signes physiques peuvent seuls nous fournir les éléments de la détermination de la guérison ; car si nous ne tenions compte que de l'état fébrile, nous pourrions considérer les malades comme guéris dès le deuxième ou le troisième jour du traitement ; de même, si nous prenions comme point de départ de la convalescence le moment où les malades ont demandé ou pris des aliments, car ils ont tous pris du bouillon et du vin dès le quatrième et souvent le troisième jour du traitement. Eh bien ! même au point de vue des signes physiques, nous voyons que ce traitement a fait disparaître tout signe de pneumonie : chez deux malades, en cinq jours ; chez un troisième, en six jours ; chez un quatrième, en sept jours ; chez

un cinquième, en huit jours, ou en moyenne en six jours et une fraction. C'est donc là un traitement qui mérite d'être pris en sérieuse considération par les médecins.

En conclurons-nous cependant que la vératrine doit être substituée à toutes ces médications éprouvées de la pneumonie, aux saignées larges et répétées, dont nous avons eu tant à nous louer nous-même, à la médication stibiée ou contro-stimulante, dont l'immense majorité des praticiens fait un emploi si général et si souvent heureux? A Dieu ne plaise! D'abord, le nombre des faits que nous avons recueillis est encore trop peu considérable pour renverser des médications aussi solidement établies que celles dont nous venons de parler; mais les expériences que nous poursuivons en ce moment nous conduiraient-elles encore aux mêmes résultats, nous hésiterions à recommander comme méthode thérapeutique générale de la pneumonie une médication perturbatrice aussi active, et par conséquent susceptible de devenir aussi dangereuse entre des mains trop hardies ou inexpérimentées. Il faut avoir été témoin de l'affaissement profond, effrayant, que produit l'emploi de la vératrine à haute dose, pour comprendre à la fois quelle précieuse ressource et quelle arme dangereuse nous avons aujourd'hui en cette substance.

Savoir approprier les moyens aux difficultés qu'on a à vaincre, voilà ce qui constitue l'homme pratique, le véritable médecin. Eh bien! n'est-il pas démontré que la pneumonie, malgré sa gravité générale, est une maladie qui, dans les circonstances ordinaires, reconnue et attaquée de bonne heure, avec une énergie et une décision convenables, se termine d'une manière heureuse avec les méthodes thérapeutiques que nous possédons aujourd'hui? Pourquoi donc alors recourir à un moyen aussi énergique que la vératrine? Et qu'on ne croie pas que cette réserve ait pour résultat d'exclure la vératrine du traitement de la pneumonie. Le nombre est malheureusement trop grand des circonstances dans lesquelles le médecin peut se trouver désarmé, et trop heureux de posséder une ressource, une arme de plus. Les saignées répétées, la médication stibiée, les vésicatoires ne rencontrent que trop de cas dans lesquels la maladie résiste et continue sa marche. Pneumonies méconnues à leur début ou incomplétement traitées, pneumonies à marche envahissante ayant résisté à des médications éprouvées, pneumonies survenues dans des conditions fâcheuses qui contre-indiquent l'emploi des émissions sanguines et du tartre stibié, pneumonies offrant une résistance et une gravité particulières, comme la pneumonie des vieillards, par exemple, etc., etc., voilà quelques indications pour l'emploi de la vératrine, indications que nous ne donnons cependant qu'avec grande réserve, puisque l'expérience n'a

pas dit son dernier mot à leur égard, mais qui montrent que la vératrine, sans rester méthode générale, pourrait encore avoir un lot assez beau dans la thérapeutique de la pneumonie.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'emploi de la vératrine, ce qui est certainement un obstacle à la généralisation de cette médication, c'est que pour obtenir quelque effet avantageux pour les malades, il faut aller jusqu'à produire une dépression marquée dans les fonctions les plus importantes de l'économie. Pas d'imprudence, mais aussi pas de faiblesse, ni de mollesse dans l'emploi de ce moyen. Mieux vaudrait peut-être, dans un cas grave, aller un peu trop loin que rester en deçà de ce qui est nécessaire pour impressionner convenablement l'organisme. Quatre, six pilules de vératrine, de 5 milligrammes chaque, données toutes les six ou toutes les quatre heures, suffisent, en général, pour arriver à l'effet désiré ; mais il ne faudrait pas craindre d'augmenter la dose le lendemain ou d'aller même plus haut dès le premier jour, si les circonstances en faisaient une loi. Qu'on ne se hâte pas trop non plus d'y renoncer, une fois la dépression obtenue; car, ainsi que nous allons le voir bientôt, on pourrait voir reparaître tous les signes de la maladie. Nous pensons donc qu'il y a lieu de continuer au moins pendant trois, quatre ou cinq jours, à dose décroissante le plus ordinairement, afin de se mettre à l'abri des rechutes.

Peut-être y aurait-il avantage, mais la chose est peu praticable dans nos hôpitaux, à réduire la dose de moitié, comme le fait M. Norwood pour le *veratrum viride*, dès que le pouls est tombé beaucoup, dès que les effets physiologiques du médicament sont dans toute leur activité. Pour ma part, je me suis bien trouvé de faire suspendre la médication pendant quelques heures. Enfin, une précaution dont j'ai vérifié l'utilité pour la vératrine, sans y attacher toutefois la même importance que le fait M. Norwood pour le *veratrum viride*, c'est que l'emploi d'une médication antérieure, telle que la saignée ou la potion stibiée, fait au médecin un devoir d'apporter une certaine réserve dans la dose du médicament à administrer. Les saignées larges et répétées rendent les malades très-sensibles à l'emploi de la vératrine, sans doute parce que l'absorption est très-rapide. Ce qui est aussi incontestable, c'est que l'emploi antérieur de la potion stibiée expose à une diarrhée très-abondante les malades auxquels on fait prendre la vératrine, quoique, dans les circonstances ordinaires, cet alcaloïde n'occasionne rien de pareil; mais cette diarrhée n'a rien d'alarmant. Les accidents de dépression disparaissent ordinairement, ainsi que je l'ai dit plus haut, par la cessation du médicament et l'administration de

quelques cuillerées de vin et de bouillon. Les vomissements et le hoquet réclament bien rarement un traitement particulier : quelques gouttes d'éther et de laudanum en font facilement justice.

Dans un prochain numéro nous rendrons compte des résultats que nous avons obtenus de l'emploi de la vératrine dans le traitement de la fièvre typhoïde. F.-A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN CAS DE SPINA-BIFIDA, GUÉRI PAR L'INJECTION IODÉE.

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Quand on songe à tout ce qui a été fait et écrit sur le pied-bot et sur le bec-de-lièvre, on ne peut s'empêcher de sentir le contraste qui existe entre l'importance de ces difformités et celle d'une affection qui, comme le spina-bifida, menace directement la vie. Or, il faut savoir que le nombre des enfants qui viennent au monde atteints de spina-bifida est assez considérable. Il y a donc des motifs bien puissants pour engager le thérapeutiste à rechercher les moyens de diminuer la mortalité qui sévit sur les enfants nouveau-nés atteints de spina-bifida. Chaussier, dans un de ses comptes-rendus de la clinique de la maternité, dit que le spina-bifida est, après le pied-bot, l'affection congénitale la plus fréquente. A supposer que l'assertion de ce savant illustre ne soit pas complétement juste, et qu'il y ait lieu de réclamer en faveur du bec-de-lièvre un rang plus élevé, sous le rapport de la fréquence, parmi les affections congénitales, il n'en demeure pas moins établi que le spina-bifida est une affection plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Qu'advient-il donc de ces nombreux enfants? Nous avons à peine besoin de le dire : ils périssent presque tous.

On sait, en effet, combien il est rare de rencontrer des sujets adultes présentant les vestiges de cette affection guérie, ou bien la continuité de l'affection elle-même. A quoi tient donc, en face d'un motif si puissant d'intervenir, cette espèce de stagnation de la thérapeutique, qui ne s'interrompt que de loin en loin pour produire quelque méthode de traitement, presque aussi vite oubliée qu'elle est connue? Il n'y a pourtant point ici de ces contre-indications absolues, comme on en voit dans certains autres vices de conformation du système nerveux central. Il y a, pour plusieurs cas de spina-bifida, impossibilité radicale de guérir, cela est vrai ; mais il en est d'autres où l'impossibilité tient uniquement à l'imperfection des moyens qui ont été employés. Il y a donc là une base pour la théra-

peutique. C'est à elle de trouver des moyens qui devront avoir pour première condition d'être inoffensifs, s'ils échouent, et qui puissent, d'une autre part, offrir des chances de réussite.

Il faut faire remarquer que cette espèce de sommeil de la thérapeutique est motivé, sans doute, par un peu de découragement. Cee découragement tient à deux causes : d'une part, parmi les nombreuses méthodes proposées, il en est qui sont dangereuses ; d'une autre part, elles ont été employées pour des spina-bifida qu'il eût été impossible de guérir par quelque méthode que ce fût. Si l'on veut faire faire quelques progrès à cette partie de la thérapeutique, c'est à deux conditions : 1° discernement dans le choix des cas pour lesquels on accepte de faire un traitement opératoire ; 2° méthodes thérapeutiques plus efficaces et moins dangereuses que celles qui ont été proposées.

Les injections iodées paraissent offrir, sous ce rapport, des chances de succès que nous signalons à la sérieuse attention de nos confrères.

Les recherches de M. Velpeau sur les injections iodées dans les cavités closes peuvent être considérées comme étant le point de départ de cette méthode, dont l'illustre professeur a fait lui-même une application heureuse au traitement du spina-bifida. — Le fait qui lui est dû est d'autant plus important que, non-seulement il est un exemple de guérison, mais que de plus il prouve l'innocuité dont jouissent des injections plusieurs fois renouvelées sans aucun accident sur un même sujet. — C'est là, qu'on y prenne garde, un point capital dans la question ; car du moment que les injections iodées n'aggraveraient pas la situation d'un sujet atteint de spina-bifida, et que, d'autre part, on se trouve réduit à des méthodes presque toutes dangereuses, le choix du praticien ne saurait être douteux. — Il y a plus, avec un moyen inoffensif on est un peu plus dégagé du souci de trouver des cas parfaitement appropriés ; car, eût-on affaire à des cas voués à une incurabilité absolue, l'injection iodée ne pouvant pas les aggraver, l'employer ne serait pas un mal. Il résulte même de là que les injections iodées deviendront peut-être le moyen de connaître la limite jusqu'où l'on peut pousser les tentatives de la thérapeutique dans le traitement de cette affection.

Les objections dirigées contre les injections iodées dans le spina-bifida sont de deux espèces : d'une part, on dit : l'affection est d'une nature tellement grave, elle s'accompagne d'une altération nerveuse si considérable, qu'elle se place au-dessus des ressources de l'art et que, parvînt-on à oblitérer la poche, on ne pourrait pas réparer la brèche que présente tout un département du système nerveux. Les por-

tions atrophiées, détruites ou non développées de l'extrémité inférieure de la moelle laisseront toujours sans innervation les parties auxquelles elles étaient dévolues dans le plan normal de l'organisme. Ainsi ces objections concluent à une abstention systématique de tout traitement; elles se fondent sur l'incurabilité de la maladie, non pas comme hydropisie, non pas comme ouverture anormale du canal rachidien, mais comme absence ou destruction de dépendances nerveuses indispensables.

La deuxième objection est celle-ci : les moyens employés sont trop dangereux; ils peuvent amener la suppuration dans les méninges et la mort des sujets.

Voilà, si nous ne faisons erreur, à quoi se réduisent les objections des adversaires de l'injection iodée dans le spina-bifida; et en disant l'injection iodée, nous devrions dire toute autre méthode, car il y a dans cette manière de voir : 1° contre-indication par la nature de la maladie, 2° contre-indication par le danger de la thérapeutique.

Ainsi abstenez-vous systématiquement, et laissez défiler en paix cette longue série d'enfants voués à une mort certaine.

Mort certaine. Mais nous sommes-nous donc condamnés à une cécité volontaire, pour ne pas voir des faits qui protestent contre cette sentence? Comment, vous osez prononcer la léthalité nécessaire d'un état pathologique, et l'on vous montre des sujets qui atteignent l'âge d'homme, en s'accommodant pas trop mal de cette affection nécessairement mortelle. On vous montre, d'autre part, des sujets qui ont guéri, même avec l'emploi des méthodes les moins rationnelles. Ils sont rares, ces exemples de guérison; mais loin que ce soit une raison de ne plus rien tenter, c'est la raison la plus puissante, au contraire, pour chercher des méthodes à la fois plus efficaces et plus inoffensives en même temps.

D'ailleurs, quand on se pose en adversaire d'une méthode, on est tenu de respecter du moins la logique, et de ne pas prêter le flanc.

Eh bien ! comment expliquez-vous qu'en face d'une maladie déclarée par vous promptement mortelle, vous vous refusiez à l'expérimentation thérapeutique, quand celle-ci s'efforce de devenir plus sage et plus inoffensive ? Votre prémisse sur la léthalité prochaine et inévitable du spina-bifida est le meilleur argument contre votre conclusion. Car enfin, s'il est des cas où l'expérimentation soit permise et légitime, ce sont assurément ceux où l'on n'a rien à perdre.

Il ne faut donc voir, dans les objections qui ont été faites, que deux choses : d'une part, l'utilité qu'il y a de bien connaître les formes graves de l'affection et de bien distinguer les cas; d'une autre part,

ces conseils toujours respectables de la prudence et de la modération, qui tendent à prévenir tous les essais aventureux. Mais ces conseils ne peuvent pas s'adresser aux hommes qui ont fait leurs preuves en anatomie pathologique ; ils ne sont pas à leur place quand ils s'appliquent aux méthodes les plus inoffensives et les moins compromettantes que puisse offrir la thérapeutique.

Nous ne saurions donc trop encourager nos confrères à passer outre et à saisir toutes les occasions d'appliquer, avec intelligence, la méthode des injections iodées dans le traitement du spina-bifida.

Voici la première observation complète qui ait été publiée comme exemple de succès à la suite de l'injection iodée dans le cas de spina-bifida.

Obs. *Hydrorachis chez un enfant de cinq mois, offrant à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau du sacrum, les traces de l'hydrorachis actuellement guéri par l'injection iodée.* — Le 14 janvier 1851, on apporta à l'hôpital Saint-Antoine un jeune enfant, âgé alors de deux mois. Il avait été présenté à l'hôpital des Cliniques à M. le professeur Dubois, qui reconnut la nature de l'affection. Il se proposa de traiter le petit malade, nous n'avons pas su par quel moyen. Mais ayant exigé, en praticien prudent, que la mère ne se séparât pas de son enfant qu'elle nourrissait, et entrât avec lui à l'hôpital, elle ne put s'y résoudre. C'est par suite de cette dernière circonstance qu'elle vint se présenter à l'hôpital Saint-Antoine.

L'enfant, chétif, d'une débilité extrême, offrait au niveau de la région sacrée une tumeur grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens vertical, mobile, pédiculée, ayant l'aspect d'un kyste. Elle était fluctuante, transparente ; la peau, très-amincie, avait néanmoins l'aspect de la peau ordinaire. Pendant les efforts que faisait l'enfant pour crier, la tumeur devenait excessivement tendue, à un tel degré même que l'on pouvait craindre une rupture vers le point de la peau le plus aminci. Quand l'effort cessait, la tumeur paraissait moins tendue ; la pression exercée sur elle déterminait des mouvements convulsifs des membres inférieurs.

En raison de la gravité du mal qui menaçait la vie de cet enfant et rendait la mort imminente, je me décidai à tenter la cure radicale à l'aide d'une injection iodée.

Je fis d'abord une ponction avec un trocart ordinaire ; il sortit environ deux cuillerées d'un liquide limpide citrin. Quand la poche fut ainsi vidée, je reconnus le point probable de communication de cette poche avec la cavité rachidienne, et, le pouce d'un aide étant préalablement placé sur le pédicule de la tumeur, afin de prévenir toute pénétration du liquide dans le rachis, je fis une injection composée

d'eau et de teinture d'iode à parties égales. Je laissai pendant une minute ce liquide en contact avec la surface interne du foyer, puis je le fis sortir aussi complétement que possible et j'appliquai un pansement compressif à l'aide de bandelettes de sparadrap. L'opération fut très-bien supportée; il n'y eut aucun mouvement convulsif immédiatement. L'enfant fut ensuite emmené hors de l'hôpital. Il y eut, à plusieurs reprises, des convulsions. Les symptômes revêtirent une forme tellement grave que l'état du malade paraissait désespéré. Dès le lendemain, la tumeur avait repris son volume primitif. Pendant quinze jours elle resta ainsi volumineuse, puis changea d'aspect et diminua insensiblement. On constata alors que sur divers points des parois on pouvait sentir comme des plaques indurées.

Enfin, la tumeur disparut, mais lentement, car depuis trois semaines seulement elle est tout à fait flétrie. Il ne reste plus qu'une saillie indolore, formée de peau plissée comme une vieille pomme conservée. On reconnaît, à son centre, le lieu où existe la division osseuse du rachis. La santé générale de l'enfant est considérablement améliorée; il a pris de l'embonpoint, les mouvements des membres sont faciles, tout, en un mot, autorise à regarder la guérison comme parfaite.

Lorsque je présentai cet enfant guéri à la Société de chirurgie, quelques collègues, puisant leurs arguments dans la production d'accidents de péritonite observés à la suite d'injections iodées dans des cas d'hydrocèle communiquant avec la cavité péritonéale, repoussèrent comme dangereuse la pratique de l'injection iodée. Un de nos honorables collègues, M. Debout, opposa aux objections qui me furent faites les résultats d'une tentative semblable pratiquée par M. le professeur Velpeau. L'absence d'accidents, bien que l'injection ait dû être répétée six fois avant d'arriver à la guérison, milite trop en faveur de mon opinion pour que je ne cite pas cette observation intéressante (1). Toutefois, nous rappellerons au préalable les conditions posées par M. Laborie, comme indications. Suivant cet honorable collègue, il est permis d'opérer lorsque 1° l'enfant paraît, du reste, bien constitué et que la tumeur est unique;

2° Si la tumeur est pédiculée ;

3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée, si elle n'est pas ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur ;

4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleur ;

(1) Nous publierons ce fait dans une de nos prochaines livraisons.

5° Si les mouvements imprimés à la tumeur sont indolores;

6° Si la tumeur est franchement fluctuante, et si partout on peut apprécier au même degré le flot du liquide à travers la paroi externe.

Nous ajouterons que si l'innocuité de l'injection iodée se confirme de nouveau dans des cas analogues, il sera permis de recourir à son emploi même dans des cas qui ont été considérés jusqu'ici comme formant contre-indication. CHASSAIGNAC.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR L'ART DE COMPOSER LES FORMULES.

Parmi les connaissances que les jeunes médecins doivent acquérir, l'art de composer les formules n'étant pas une des moins importantes, puisqu'ils ne peuvent sans cet art espérer remplir les indications posées par la maladie, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile d'extraire, d'un ouvrage actuellement sous presse (1), quelques-uns des principes sur lesquels nous nous appuyons pour corriger les formules, ou proposer des modifications aux formules que nous signalons aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

On confond généralement l'art de prescrire et l'art de formuler, quoique ces arts soient bien distincts l'un de l'autre. Il faut bien connaître, il est vrai, pour prescrire et formuler convenablement, les propriétés des substances médicamenteuses ; mais tandis que l'art de prescrire consiste à choisir les médicaments qui peuvent être employés pour combattre les affections qui se développent dans l'organisme, l'art de formuler est la méthode de réunir dans un composé plusieurs substances capables de produire un certain effet.

Pour bien prescrire, il faut reconnaître les maladies, se rappeler les propriétés des substances médicamenteuses, simples ou composées, et les doses auxquelles elles doivent être administrées ; savoir choisir parmi ces substances celles qui conviennent le mieux pour combattre les maladies qu'on a à traiter ; pouvoir distinguer les effets des préparations pharmaceutiques des réactions de la nature, afin de ne pas prescrire indéfiniment, pour combattre les mêmes affections, des substances qui n'ont réellement aucune valeur thérapeutique ; ne pas oublier que beaucoup de substances médicamenteuses n'agissent que lors-

(1) L'*Art de formuer*, ou Recueil de principes nécessaires pour composer de bonnes formules, modifier ou corriger les anciennes et les nouvelles formules, et préparer convenablement les médicaments officinaux et magistraux. Un volume, sous presse, chez Germer-Baillière.

qu'elles sont employées dans telle ou telle période d'une maladie, etc.

Pour bien formuler, il ne suffit pas de se contenter, comme on le fait généralement, de réunir dans une formule un certain nombre de substances médicamenteuses et de placer, en regard du nom de ces substances, des poids pris parmi les grammes et les fractions du gramme, de manière à obtenir un tout auquel on applique un nom ; car il faut connaître le poids des substances médicamenteuses qui peuvent être administrées sans danger dans une journée, la composition des préparations officinales que l'on fait entrer dans une formule, et savoir ce que la quantité que l'on prescrit représente de substances actives ; tenir compte des propriétés chimiques que les substances médicamenteuses exercent les unes sur les autres, afin de ne pas prescrire des substances incompatibles entre elles ; ajouter, toutes les fois que cela est possible, à une formule qui contient des substances altérables par l'oxygène de l'air, des substances qui puissent s'opposer à l'action ou retarder l'action de l'oxygène sur ces principes médicamenteux ; aussi souvent que cela est possible, placer au nombre des principes constituants des formules, lorsque ces formules contiennent des substances qui peuvent être précipitées par les liquides secrétés par nos organes, une quantité suffisante de corps capables de tenir ces principes en dissolution, ou de redissoudre le précipité qui peut se former au contact des sécrétions ; doser convenablement les médicaments, c'est-à-dire, fixer le poids des substances qui doivent composer une dose ; multiplier leurs poids par un nombre quelconque, afin que chaque fraction du médicament, représentée par la quantité que l'on doit prendre en une fois, divise exactement le poids des substances médicamenteuses prescrites, etc.

On peut bien acquérir à la longue les connaissances pour bien prescrire, puisqu'il suffit d'observer attentivement les malades ; de profiter, en lisant les journaux scientifiques, des conseils des expérimentateurs exercés, et de noter avec soin l'action des médicaments qu'on emploie ; mais on ne peut pas espérer acquérir, par la pratique, les connaissances nécessaires pour bien formuler, si l'on n'a pas des notions assez étendues en pharmacologie.

DOSAGE DE QUELQUES PRÉPARATIONS.

Des espèces.

Lorsqu'on veut prescrire des racines, des feuilles, des fleurs, etc., pour composer des espèces, il faut déterminer le poids de chaque substance médicamenteuse, de manière que la quantité qu'il faut employer pour préparer un verre de tisane soit convenablement dosée ; ne pres-

crire que des substances médicales susceptibles d'être bien mélangées, afin que le poids nécessaire pour une tisane représente exactement le poids de chaque substance prescrite ; et ne pas oublier que l'efficacité de ces médicaments dépend entièrement de l'exactitude du mélange.

Des tisanes.

Les tisanes, les bouillons, etc., doivent être dosés par verre, en ayant le soin de prescrire des poids de substances médicamenteuses divisibles par le nombre de verres qu'on veut préparer.

Des potions, des loochs, etc.

Il est très-important que les potions, les loochs, etc., soient exactement dosés, afin que le médecin puisse se rendre compte de l'effet qu'il veut produire. Pour atteindre ce but, il faut que le poids des potions ne dépasse pas, autant que possible, 150 grammes, ou 10 cuillerées, parce que rien n'est plus simple qu'une division ou une multiplication par 10 ; que les fleurs, etc., qui doivent être employées pour faire les infusés, etc., soient pesées, et non employées à peu près ; car il est important de mettre de côté, comme méthode essentiellement vicieuse, toutes les mesures arbitraires, telles que pincées, poignées, etc.

Des pilules.

Les pilules seraient toujours exactement dosées si les auteurs des formules voulaient s'astreindre, en prescrivant un certain nombre de pilules, à déterminer rigoureusement le poids de chacun des principes constituants qui doivent composer une pilule, et à multiplier le poids de ces principes par le chiffre qui représente le nombre de pilules qu'ils désirent faire faire, ou bien à laisser ce soin aux pharmaciens ; ils devraient encore laisser aux pharmaciens une certaine latitude dans le choix du véhicule à employer pour former une masse pilulaire, et ne point en déterminer le poids, car il est difficile de prévoir ce qui convient réellement.

Des poudres.

Les poudres doivent être formulées par prises, et l'on ne doit jamais faire diviser un poids d'une poudre qui appartient au système décimal, par un diviseur du système duodécimal.

Des sirops.

Les sirops doivent être dosés, comme nous l'avons démontré dans notre Traité des saccharolés, par 20 grammes, parce que 20 grammes représentent une cuillerée de sirop, parce que c'est cette quantité qu'on prescrit le plus ordinairement à un malade, etc.

Des vins médicinaux.

Les vins médicinaux doivent être dosés de manière que 30 grammes de vin représentent exactement le macéré d'un poids entier d'une ou de plusieurs substances médicamenteuses.

Il est bon de faire remarquer que le laudanum, qui est placé parmi les vins médicinaux, fait exception à cette règle ; car il doit être dosé par gramme, puisque c'est par gramme et par fractions de gramme que les médecins le prescrivent ordinairement ; mais il est juste de dire qu'il faudrait qu'il fût formulé de la manière suivante :

Pr.	Opium râpé................	50,00 grammes.
	Safran....................	25,00 grammes.
	Cannelle perle..............	2,50 grammes.
	Girofles, *id*................	2,50 grammes.
	Vin de Malaga.............	500,00 grammes.

Parce qu'un gramme représenterait le macéré de...................

0,10 gr.	d'opium
0,05 gr.	de safran.
0,005 gr.	de cannelle.
0,005 gr.	girofle.

Au lieu de	0,12 gr.		0,128 gr.	d'opium.
	0,06 gr.		0,064 gr.	de safran.
	0,008 gr.	ou de	0,008 gr.	de cannelle.
	0,008 gr.		0,008 gr.	de girofle.

suivant que les pharmaciens considèrent l'once comme étant représentée par 30 ou 32 grammes.

Lorsqu'on pense à la quantité de laudanum de Sydenham que l'on emploie généralement, on est tenté de se demander si cette préparation mérite la faveur dont elle jouit ; si elle est toujours prescrite en quantité suffisante pour produire une action sédative, et si une autre préparation opiacée, plus simple dans sa composition, et par conséquent plus facile à proportionner au tempérament des malades, ne pourrait pas la remplacer avec avantage.

On ne peut pas avancer sérieusement que le laudanum est un médicament plus précieux qu'une autre préparation opiacée, car si le safran, la cannelle et les girofles ont été employés par Sydenham, le premier comme un adjuvant, et les deux autres comme des correctifs, il s'en faut que les quantités de ces substances soient capables de modifier les propriétés de l'opium. D'ailleurs, peu de personnes connaissent la composition d'une petite dose de laudanum, surtout lorsqu'elles la prescrivent par gouttes, et il est évident que l'extrait d'opium, toujours si facile à manier, remplacerait très-avantageusement le laudanum, puisqu'il est très-facile à prescrire, et puisqu'il

est impossible de commettre avec lui les erreurs qu'on peut commettre avec le laudanum.

Des pommades.

Les pommades doivent être préparées avec de la graisse benzinée ou de la graisse populinée, parce que ces graisses ne rancissent pas : elles doivent être dosées par gramme, ou bien par la quantité qui doit être employée en une fois.

Nous terminerons ces observations en recommandant aux jeunes praticiens de ne jamais prescrire les médicaments liquides par gouttes, parce que les gouttes qui tombent de plusieurs flacons ne pèsent pas le même poids, et parce que le poids de ces gouttes dépend de la capacité du flacon, de la facilité avec laquelle le liquide mouille le verre, de la largeur du goulot, de la propreté et du diamètre de la partie renversée du goulot, de la vitesse de l'écoulement des gouttes, de la quantité de liquide que le flacon contient, etc.; et en leur faisant observer que le dosage à la goutte peut cependant être employé avec un peu de certitude lorsqu'on a titré un médicament au poids; lorsqu'on a déterminé, en prenant la moyenne de plusieurs expériences, le nombre de gouttes qui représente ce poids; lorsqu'on a le soin de toujours verser les gouttes du même côté du flacon, et de mouiller avec le bouchon du flacon la partie du col où le liquide doit s'écouler, et lorsqu'on a l'attention de ne mettre dans le flacon que la moitié du liquide qu'il peut contenir, afin qu'en versant les gouttes, l'axe du flacon s'écarte peu de la ligne horizontale.

Nous appellerons encore leur attention sur la manière de convertir les anciens poids en grammes. Lorsqu'on veut traduire les poids des anciennes formules en grammes, il faut rechercher si la formule est bien dosée, réduire les poids de la formule en parties, transformer ces parties en grammes, et avoir le soin de tenir compte, si les médicaments doivent être divisés, de la valeur des poids qui représentent les substances médicamenteuses; car il n'est pas convenable de se contenter de substituer aux grains, aux gros, aux onces, etc., des poids de 5 centigrammes, de 4 grammes, de 30 ou 32 grammes, etc., parce que ces nombres ne sont pas les équivalents des anciens poids ; et de faire diviser, comme on le fait très-souvent, les médicaments en parties duodécimales, lorsqu'ils devraient être divisés en parties décimales.

Un mot encore sur la modification des formules. Beaucoup de savants praticiens pensent qu'il ne faut jamais modifier les préparations pharmaceutiques qui ont été étudiées avec soin, et qui ont été signa-

lées par de bons expérimentateurs, parce qu'un léger changement dans les proportions des substances médicamenteuses peut détruire complétement, ou au moins diminuer considérablement les propriétés de ces médicaments, et nécessiter de nouvelles expériences pour constater qu'ils ont autant de propriétés que les anciens. Nous partageons certainement l'opinion de ces savants, mais nous la partageons dans de certaines limites ; ainsi, tandis que nous pensons que l'on ne doit pas modifier la thériaque, le diascordium, la confection d'hyacinthe, les pilules de cynoglosse, etc., en retranchant un certain nombre de substances que l'on considère comme inertes, etc., pour les remplacer ou ne pas les remplacer par d'autres, nous croyons qu'on peut, sans inconvénient, modifier le dosage de toutes les formules qui ne sont pas convenablement dosées.

Nous ne voulons pas, par exemple, qu'on retranche, comme on l'a proposé, des principes constituants des pilules de cynoglosse, 1 gramme de semences de jusquiame, 1 gramme d'extrait d'opium, 18 grammes de myrrhe et 20 grammes d'oliban, en tout 40 grammes, pour remplacer ces substances médicamenteuses par 44 grammes de poudre de cynoglosse ; mais nous croyons que c'est perfectionner la composition de ces pilules que de proposer de les modifier de manière que les pilules de 20 centigrammes

Représentent chacune	0,03	gr.	de racine de cynoglosse, de semences de jusquiame, d'extrait d'opium.	Au lieu de.	0,03076
	0,05	gr.	de myrrhe.	—	0,04615
	0,04	gr.	d'oliban.	—	0,03846
	0,01	gr.	de safran. . . . . de castoréum.	—	0,00153

parce que le médecin sait ce qu'il prescrit et le pharmacien ce qu'il prépare.

Nous croyons encore que, lorsqu'on reconnaît, en étudiant une formule, que l'auteur s'est contenté, pour la composer, d'inscrire dans un certain ordre les noms de plusieurs substances médicamenteuses, et de faire suivre ces noms de chiffres qui représentent des poids qui ont entre eux un certain rapport de proportions arithmétiques ou géométriques, sans avoir pensé au vrai dosage de la préparation, ou bien que l'auteur d'une formule laisse à tous les pharmaciens le soin de mélanger les substances prescrites selon les principes pharmaceutiques, et la liberté d'ajouter telle ou telle substance, à leur choix, pour préparer convenablement son médicament, sans tenir compte, dans le dosage, du poids des substances qui peuvent être ajoutées ; nous disons qu'il est du devoir des pharmaciens de proposer une modification de cette formule, car c'est rendre un service aux médecins, aux pharma-

ciens et aux malades, que de publier une formule qui permet à tous les médecins d'en connaître la composition, et à tous les pharmaciens de délivrer un médicament qui a les mêmes propriétés physiques et thérapeutiques. D'ailleurs, lorsqu'un auteur dose un médicament de manière que chaque poids de ce médicament représente 0,00416666, etc. d'une substance médicamenteuse, on ne peut pas affirmer sérieusement que c'est dénaturer complétement cette préparation que de la doser de manière que la prise représente exactement 4 milligrammes de la même substance médicamenteuse. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS RELATIVES A L'ACTION ANTIGOUTTEUSE ET ANTIRHUMATISMALE DES FEUILLES DE FRÊNE.

Les nombreux succès publiés par mes confrères, depuis mon premier travail sur la matière (Journ. des Connaiss. méd.-chirurg., 1er août 1852), ayant trait principalement à des états chroniques, je pense que les faits suivants, qui se rattachent spécialement à des gouttes et à des rhumatismes aigus, seront accueillis avec faveur.

Obs. I. Le sieur X..., de Bergerac, âgé de soixante-six ans, batelier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, grand mangeur, a eu depuis 1840 plusieurs accès de goutte. Ordinairement assez éloignés les uns des autres, ils ont toujours été fort longs, quoiqu'en général très-aigus.

Dans la nuit du 8 au 9 mai 1853, l'affection éclate de nouveau. Fixée, cette fois, aux articulations de la main droite, malgré l'intensité des symptômes locaux (enflure considérable, rougeur violacée, douleur intolérable, chaleur brûlante), elle n'occasionne pour ainsi dire pas de réaction vers les centres de la vie.

Sans négliger les soins hygiéniques conseillés en pareil cas, nous ordonnons la décoction suivante, à prendre, préalablement sucrée et aromatisée, par tasses à thé, toutes les quatre heures :

Eau commune. . . . . 200 grammes.
Feuilles de frêne. . . . . 20 grammes.

Elle provoque, dès le début, une amélioration sensible.

Après *cinq jours* de traitement, nous n'avons plus à la main qu'un léger gonflement, qui disparaît peu à peu dans l'espace de trois semaines.

Aujourd'hui l'usage prolongé et parfois interrompu du remède,

administré seulement matin et soir, sera sans doute pour le sieur X., comme il a déjà été pour beaucoup d'autres, un préservatif assuré.

Obs. II. M. X., propriétaire, âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, d'une constitution robuste, aimant la bonne chère, est né de parents goutteux. Depuis environ huit années qu'il habite la ville de Bergerac, M. X. est sujet à de longues, fréquentes et violentes attaques de goutte.

Le 14 mai dernier, la maladie le frappe pour la dix-septième fois. Prises presque simultanément, les articulations des pieds, de la main et du coude droits sont principalement et à un haut degré gonflées, rouges, chaudes et douloureuses. Les symptômes généraux ne présentent pas moins d'acuité : fièvre ardente ; peau halitueuse ; inappétence ; soif vive ; insomnie opiniâtre ; urines rares, épaisses ; traits exprimant la souffrance ; langue large, couverte d'un limon jaunâtre ; respiration laborieuse.

A la diète et au repos au lit nous ajoutons la décoction de feuilles de frêne, préparée *ut suprà,* administrée par tasses à thé, toutes les trois heures. Ce moyen, ne produisant, comme toujours (qu'il s'agisse d'affections goutteuses ou rhumatismales), aucun effet bien saillant du côté des sécrétions, ne tarde pas à manifester son influence salutaire sur le principe du mal, la diathèse.

La maladie, dont les attaques antérieures avaient eu, sans amendement des symptômes, une durée moyenne de deux mois, est en pleine voie de guérison et définitivement indolore le quatrième jour. A dater de ce moment, la convalescence, quoique lente, marche avec précision et régularité.

Depuis la cessation complète de l'attaque, M. X. prend le remède préventivement.

Obs. III. L'enfant X., âgé de onze ans, fils d'un riche paysan, habitant une des communes limitrophes à celle de Bergerac, d'un tempérament bilioso-lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, est affecté, le 2 janvier 1853, après un long refroidissement, d'un rhumatisme articulaire aigu. Débutant au genou droit, la maladie envahit rapidement presque toutes les grandes articulations, sans en abandonner entièrement aucune.

A notre première visite (le 5), les symptômes locaux et généraux offrent une grande intensité, surtout la douleur et la fièvre. Les bruits du cœur sont normaux. Notre jeune malade ne voulant prendre aucun remède par la bouche, nous ordonnons en lavement la décoction suivante :

Eau commune. . . . . 200 grammes.
Feuilles de frêne. . . . . 20 grammes.

Environ 10 grammes de cette préparation sont toutes les deux heures injectés avec une petite seringue *ad hoc*.

Cette médication, accompagnée de soins accessoires, amène (chaque lavement est plus ou moins absorbé) la guérison en *quatre* jours.

Obs. IV. Fils de cultivateurs, le garçon X., âgé d'environ huit ans, habitant la commune de Bergerac, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez robuste. Le 10 juin 1853, après une course forcée, il est atteint d'emblée d'un rhumatisme articulaire aigu à peu près général.

Appelé le 12, nous constatons : 1° un gonflement léger des grosses articulations, sans changement de couleur à la peau ; 2° des douleurs vives, surtout dans les genoux ; 3° des plaintes et des cris continuels ; 4° une forte fièvre ; 5° de l'inappétence ; 6° de l'insomnie ; 7° la rareté des urines ; 8° la blancheur de la langue ; 9° de la soif ; 10° la sécheresse de l'épiderme. Le cœur est dans une intégrité parfaite.

Un frisson avait ouvert la scène. Nous prescrivons sous forme de potion, concurremment avec la diète, le repos, etc., la décoction de feuilles de frêne, selon la formule ci-après :

Pr. Eau commune. . . . . 150 grammes.
Feuilles de frêne. . . . . 20 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . . 50 grammes.

Ingérée par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure, cette préparation pharmaceutique provoque par degrés la résolution de la maladie dans l'espace de *cinq* jours.

Obs. V. Mlle X., de Bergerac, est âgée de dix ans. D'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, elle éprouve, dans les premiers jours de juin 1853, sans cause connue, un malaise général.

Cet état peu alarmant se traduit, le 14 du même mois, par un rhumatisme articulaire aigu très-mobile, dont voici les principaux traits : gonflement léger des grosses articulations des membres pelviens et thoraciques ; peu ou point de rougeur ; douleur extrême ; fièvre ; vomissements ; oppression ; bouche sèche ; langue rouge à la pointe ; envie de manger ; urines claires, assez abondantes ; sueurs passagères ; *bruit de souffle considérable du côté du cœur.*

La feuille de frêne est prescrite comme pour l'enfant qui fait l'objet de la quatrième observation.

Le troisième jour, Mlle X. est sans fièvre ; le quatrième, elle ne

souffre plus; le cinquième, la convalescence s'établit franchement. (L'année dernière, à pareille époque, cette malade fut affectée d'un semblable rhumatisme qui, traité par d'autres moyens que le frêne, dura trois mois.)

Le remède, administré dès lors à des intervalles de plus en plus éloignés, est continué (*cette précaution s'applique à tous les rhumatisants*) pendant environ une dizaine de jours après la disparition de tout symptôme rhumatismal.

Obs. VI. Le 24 juin 1853, je suis appelé à donner mes soins à la nommée X., vigneronne, atteinte, depuis l'avant-veille, après un excès de travail, d'un rhumatisme articulaire aigu.

Agée de vingt-sept ans, mère de deux enfants, actuellement nourrice, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une faible constitution, elle accuse (le cœur est intact) de vives douleurs, principalement et alternativement aux articulations des genoux, des coudes et des épaules, où il n'existe d'ailleurs ni rougeur ni tuméfaction appréciables.

Les symptômes généraux sont très-prononcés. La diminution de la fièvre, qui a lieu vers minuit, est constamment suivie de sueurs abondantes. La feuille de frêne en potion, selon la formule précitée, guérit promptement la malade, qui est sur pieds le huitième jour.

Malgré les exigences de l'affection, la nommée X. n'a pas cessé un moment d'allaiter son enfant.

de Larue, D. M.
à Bergerac.

EXAMEN CHIMIQUE DE L'OXALIS CRÉNELÉE.

La France est le pays où le philanthrope éprouve le plus de difficultés à faire adopter, non-seulement les innovations industrielles et agricoles, mais encore les importations de substances alimentaires.

L'oxalis crénelée, *oxalis crenata*, famille des Géraniées, en est un nouvel exemple. Elle fut apportée du Pérou en Angleterre dans l'année 1829; on ne l'introduisit sur le continent que quelques années après. Aujourd'hui l'Angleterre cultive cette plante en grand; en France, quelques amateurs seuls la possèdent.

D'où vient que chez nous on éprouve une si grande résistance à faire adopter l'oxalis comme plante alimentaire? Est-ce parce que son tubercule n'acquiert qu'un petit volume? Cependant on doit savoir que la pomme de terre, à l'état sauvage, n'est que d'une moyenne grosseur; qu'il lui a fallu une culture réitérée pour arriver à l'état où nous l'avons. Cet obstacle ne devrait point exister en présence des admirables monstruosités végétales qu'obtient l'horticulteur, monstruosités qui mettent en défaut cette pensée de Juvénal : *Naturam expellas furcâ*,

tamen usquè recurret; n'a-t-on pas, d'ailleurs, les expérience d'Esprit Fabre sur l'égilope?

Nérée Boubée et plusieurs autres philosophes ont dit que chaque époque géologique entraîne avec elle la disparition d'une certaine catégorie de végétaux et d'animaux, pour donner naissance à des sujets complétement inconnus par leur organisation physique ou leur composition chimique. Si ce phénomène naturel est vrai en tous points, il donnerait raison à ceux qui prétendent que nous touchons à la fin du règne de la pomme de terre, et qu'il lui faut un succédané. Heureusement on sait que le *botrytis infestans* s'est montré sur la pomme de terre la première année de son introduction en Europe, et on a tout lieu d'espérer que ce précieux tubercule reviendra à une parfaite santé, pour être encore pendant de longues années le pain tout fait des malheureux; aussi nous ne considérons pas la culture de l'oxalis comme une nécessité absolue; nous lui appliquons seulement cet adage qu'*abondance de biens ne nuit pas.*

Quels sont les rapports chimiques du tubercule de l'oxalis avec ceux de la pomme de terre? Nous n'avons vu nulle part cette question résolue; si nous avons cherché à en tenter la solution, c'est dans l'espoir que notre travail pourra peut-être trouver plus tard son application.

En 1838, M. le baron de R... fit, à l'embouchure du Loiret, des plantations d'oxalis; le produit qu'il obtint fut de 200 à 250 tubercules par pied.

En 1839 et 1840, M. Guesnet, lieutenant-colonel de génie, obtint, en Bretagne, un plus beau succès : le produit fut de 5 à 700 tubercules par pied.

Aujourd'hui, M. Verger, un des horticulteurs les plus distingués de France, a obtenu par le marcotage, dans le Pas-de-Calais et autour de Saint-Omer, 1,500 à 1,600 tubercules pour un; certes, c'est une amélioration et un succès immense; il a vu fleurir cette plante, mais il n'a point obtenu de graine.

La feuille de l'oxalis peut se manger comme l'oseille, elle en a la saveur. A Lima, on la mange en salade; on peut en retirer de l'oxalate de potasse. Le tubercule de cette plante est jaune extérieurement et intérieurement; son suc acide rougit le papier de tournesol; cet acide est facilement entraîné par l'eau pendant la coction. Ce tubercule a une forme ovoïde allongée; il est couvert de distance en distance de quelques taches rouges comme du sang. Ces taches donnent par les réactifs une laque carminée assez belle.

La grosseur de l'oxalis ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule.

Le plus gros pèse 35 à 40 grammes; sa grosseur moyenne peut être déterminée comme il suit :

360 grammes de tubercules peuvent contenir dans un vase qui pourrait mesurer 1,300 grammes d'eau distillée; la même quantité de racine déplace 730 grammes de ce liquide. 400 grammes de ces tubercules perdent, par la dessiccation, 320 grammes d'eau de végétation; ils fournissent, par la combustion, 6 grammes de cendres composées d'oxalate de potasse, de chaux, de magnésie et de traces de fer.

L'oxalis fournit 12 pour 100 de fécule; cette fécule est blanche, nacrée, moins rugueuse au toucher que la fécule de pommes de terre; elle présente, vue au microscope, une très-grande irrégularité dans la forme de son grain, surtout si elle a été séchée à une chaleur vive; elle jouit de toutes les autres propriétés chimiques de la fécule de pommes de terre; l'alcool qu'elle fournit n'a pas de propriétés différentes; cette fécule, chauffée dans un vase demi-clos, fournit un liquide très-fétide, analogue à la pyrotonide.

D'après nos essais, nous avons trouvé le tubercule de l'oxalis composé de sucre, — amidon, — saponine, — acide oxalique, — matière résineuse, — matière grasse, — matière colorante jaune, — huile volatile, — ligneux.

Le tubercule de l'oxalis peut rivaliser, pour le goût, avec la pomme de terre. Il est facile à cuire et fournit un aliment sain et léger.

Stanislas Martin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observations d'aménorrhée traitée par l'électro-magnétisme. — En décembre 1851, M. le docteur Hervieux a publié un fait très-remarquable d'aménorrhée qui, après avoir résisté à un nombre considérable de traitements, céda, en fin de compte, à l'influence de l'électro-magnétisme. Les avantages de cette méthode auraient besoin, pour être appréciés dans la pratique, d'être démontrés par une somme de faits suffisante. Voici deux observations qui nous paraissent à cet égard devoir être prises en considération.

Obs. I. *Aménorrhée compliquant un phlegmon suppuré de la mamelle gauche. — Traitement de l'aménorrhée par l'électro-magnétisme. — Guérison.* — Le 12 mai, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 32, une femme de vingt-neuf ans, nommée Soulas (Marie), exerçant la profession de laitière, demeurant à Paris, rue du Chaudron, n° 5.

Accouchée, il y a trois mois, de son premier enfant, cette malade, après avoir allaité les deux premiers mois, a ressenti des douleurs assez vives dans le sein gauche, coïncidant avec la présence de quelques noyaux d'engorgement. Elle continua de nourrir encore l'espace d'un septénaire environ, et, bien qu'elle présentât presque constamment la mamelle saine au nouveau-né, les douleurs et l'engorgement s'accrurent de telle sorte qu'elle fut forcée de renoncer à l'allaitement. Pendant les huit derniers jours, les symptômes précédents s'étaient considérablement aggravés; la mamelle malade avait pris un développement très-marqué; les douleurs, de sourdes et de profondes qu'elles étaient d'abord, étaient devenues pulsatives, aiguës, lancinantes; une rougeur manifeste avait coloré les parties engorgées, et la température s'était accrue en proportion de la tension et des autres accidents. Justement effrayée de cet accroissement des symptômes inflammatoires, et voyant qu'avec la faculté de nourrir elle avait perdu le sommeil, les forces et l'appétit, la malade se décida à venir à l'hôpital solliciter les secours de l'art.

On put, à son arrivée, constater l'existence d'un abcès de la glande mammaire, qui avait doublé le volume de l'organe, et qui faisait une saillie non équivoque au niveau de la moitié inférieure de l'hémisphère que représente le sein. On se contenta d'abord d'applications émollientes; puis, au bout de quelques jours, la tumeur fut ouverte à sa partie déclive et donna issue à une quantité considérable d'un liquide jaunâtre, épais, bien lié, crémeux. On plaça ensuite une mèche à séton dans la plaie, qui, secondée par l'action émolliente des cataplasmes, facilita le dégorgement des parties.

Huit jours après, la fistule était fermée, la mamelle rendue à ses proportions normales, et, à part une légère induration, l'organe ne présentait plus trace des accidents précédemment signalés.

Cependant les règles étaient toujours suspendues, et comme la malade ressentait encore passagèrement quelques douleurs dans la glande, on pouvait craindre que cette suppression ne contribuât à déterminer quelque rechute. En conséquence, on crut devoir tenter de rappeler les règles par l'application de l'électro-magnétisme.

On attendit encore quelques jours pour voir si la nature ne ferait pas à elle seule les frais de l'évacuation, et comme rien n'apparaissait, comme l'utérus n'était le siége d'aucun symptôme qui pût faire pressentir une menstruation prochaine, comme en même temps les douleurs mammaires se réveillaient par intervalle, plus fréquentes et plus vives, on procéda le 9 juin à l'application de l'électricité magnétique. Un élément de la pile de Bunsen, fortifié par un multiplicateur, con-

stituait tout l'appareil. Un des pôles fut placé au pubis et l'autre au sacrum. On fit passer ainsi le courant à travers les organes pelviens durant environ quinze minutes, et il en résulta des secousses et des contractions dans les muscles abdominaux, d'une part, de l'autre des picotements à la région sacrée. Mais la malade fit remarquer que les douleurs mammaires avaient disparu complétement pendant l'électrisation.

Le lendemain, elle dit avoir éprouvé à plusieurs reprises, pendant la journée, un mouvement abdominal semblable à celui qu'avait produit le courant électrique. Du reste, il n'y avait encore aucune apparence de menstruation.

On continua, le 10 et le 11, les applications d'après la même méthode et avec les mêmes résultats. Seulement, au mouvement abdominal déjà mentionné, s'étaient jointes, dans l'intervalle des applications, des douleurs lombaires, des coliques utérines, qui avaient surtout redoublé après la dernière séance.

Le 12, à la visite du matin, la malade nous montra sa chemise tachée du sang des règles qui avaient coulé toute la nuit.

Le 13 et 14, nouvelles séances de la même durée, et continuation de l'écoulement menstruel.

Le 15, nouvelle application, qui n'est suivie d'aucun résultat. Du reste, les douleurs mammaires n'ont pas reparu une seule fois depuis la première application électro-magnétique, et les noyaux d'induration ont tellement diminué qu'ils peuvent à peine être sentis par la main de l'observateur.

La malade reste encore huit jours dans le service, sans présenter aucun accident nouveau, et, le 24, elle sort complétement guérie.

Obs. II. *Menstruation passagèrement rétablie par l'électro-magnétisme dans un cas de paraplégie consécutive à une lésion invétérée de la moelle épinière.* — Cette observation est relative à une femme âgée de trente-quatre ans, nommée Jacquot (Marie), journalière, née à Epinal (Vosges), demeurant à Paris, rue de la Comète, n° 9.

Entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 14, le 29 octobre, elle avait été soumise depuis cette époque aux traitements les plus énergiques et les plus variés, ventouses, saignées, vésicatoires, moxas, strychnine à l'intérieur, essence de térébenthine à l'extérieur. Mais la paralysie des membres inférieurs, dont l'existence remontait déjà à plusieurs années, avait résisté à tous ces moyens. Le mouvement et la sensibilité étaient complétement abolis dans les membres pelviens, et même les douleurs dont l'épine dorsale était le siége s'étaient réveillées plus vives que jamais. Cependant, à part un peu de

paresse, le rectum et la vessie ne participaient pas à l'état de paralysie si complet des membres inférieurs.

La malade ayant passé, par suite d'un changement opéré dans la salle, du service de M. Fouquier dans celui de M. Rayer, fut soumise, après cette mutation, au traitement par les courants électro-magnétiques. On se borna à faire passer ces courants dans les membres paralysés. Pour cela, on appliquait un des cylindres, garni d'une éponge mouillée, sur le trajet du nerf crural, l'autre cylindre, également garni de son éponge, sur le trajet d'un autre nerf, le sciatique, par exemple, ou l'une de ses branches, et l'on fermait le cercle inducteur. Il en résultait la mise en jeu dans le membre paralysé, de la sensibilité et de la mobilité, et en même temps des secousses, des contractions musculaires qui agitaient le membre en divers sens, suivant qu'on touchait médiatement tel ou tel muscle, telle ou telle branche nerveuse.

Du 12 au 20 mai, on appliqua ainsi l'électricité, tantôt sur un muscle, tantôt sur les deux à la fois, dans des séances qui duraient chaque jour de douze à quinze minutes.

On n'obtint par ce moyen aucune amélioration notable quant à la paralysie ; mais, le 19, la malade annonça l'apparition de ses règles, qui auraient été précédées de douleurs lombaires et de coliques abdominales inaccoutumées. C'était la première fois qu'elles se montraient depuis neuf mois.

On continua, le 20, à électriser la malade, mais les règles se supprimèrent de nouveau.

Le 17 juin, sur la demande de la malade, on reprit l'usage de l'électricité. Cette séance fut encore suivie de douleurs lombaires et pelviennes, qui redoublèrent dans la journée du 18 après une nouvelle application.

Le 19, le sang coulait assez abondamment par la vulve. On sollicita par une troisième séance l'activité du flux menstruel. Le 20, les règles n'étaient pas encore arrêtées. On pratiqua une dernière application, et ce jour-là, la malade demanda sa sortie.

Il n'est pas indifférent de faire remarquer que dans cette circonstance on n'a aucunement tenté d'agir sur le bassin, que les applications furent constamment faites sur l'un des membres inférieurs ou sur tous les deux à la fois, et que cependant l'action de l'électricité, quant à l'excitation utérine, a été on ne peut plus manifeste.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ARSENIC (*De l'emploi de l'*) *dans le traitement des accès périodiques qui viennent compliquer les maladies aiguës*. C'est une question fort intéressante que celle qui a été soulevée par M. Lavirotte, à savoir si l'arsenic pourrait être utilisé dans le traitement des accès périodiques qui viennent compliquer les maladies aiguës. Il n'y a pas à en douter, on rencontre dans la pratique des cas assez nombreux dans lesquels la périodicité, lors même qu'elle n'a pas derrière elle une altération organique, résiste à l'action du quinquina. Que faire alors? Evidemment le médecin se trouve dans une grande perplexité. Il serait donc bien désirable que l'expérience vint réaliser les espérances que nous donne M. Lavirotte. Quant aux faits qui ont été rapportés par ce médecin, ils sont malheureusement entourés de trop peu de détails et racontés avec trop peu de soin pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions bien certaines et bien solides. Ainsi, dans le premier cas, nous voyons un enfant de sept ans, atteint depuis quelques jours d'une affection qui donnait lieu à de la diarrhée et à un accès fébrile chaque soir, soigné fort irrégulièrement par le sulfate de quinine. Après l'avoir traité pendant deux jours par la décoction de riz, M. Lavirotte lui prescrit 3 gouttes de liqueur de Fowler dans une potion. Il y a encore trois accès qui vont en diminuant, et après quatre jours de l'administration du fébrifuge, le malade entre en convalescence. Dans le deuxième cas, les effets de la liqueur de Fowler, portée successivement à 8, 9 et 10 gouttes, n'ont pas encore été des plus marqués, puisque la malade a dû en prendre pendant cinq ou six jours. Dans le troisième cas, les accès névralgiques, qui avaient résisté au sulfate de quinine, ont cédé après quatre jours seulement, et la liqueur de Fowler a été portée à 16 gouttes. Dans le quatrième cas, les accès sont seulement devenus irréguliers, et dans le cinquième, les accès périodiques se sont fondus dans une véritable fièvre continue. De nouveaux faits sont donc nécessaires pour juger la question, mais tout nous porte à croire que l'arsenic doit posséder contre les accès périodiques qui viennent compliquer les maladies aiguës, une efficacité semblable à celle que possède le quinquina contre les accès de ce genre. (*Revue médico-chirurgicale*, juin.)

ASTHME (*Bons effets des fumigations salpêtrées dans certains cas d'accès d'*). Rien de mieux établi pour calmer une attaque d'asthme que l'emploi des fumigations de certaines plantes vireuses, et en particulier du datura, de la jusquiame et de la belladone; il est cependant certains malades qui ne sont pas soulagés par ces substances; aussi avons-nous signalé, il y a quelques années, un moyen nouveau qu'un médecin breton préconisait pour l'avoir essayé sur lui-même avec succès. Ce moyen consiste à placer le malade dans une atmosphère de fumée de papier imprégné de nitrate de potasse. Depuis cette époque, aucun fait n'a été produit à l'appui de l'assertion de notre confrère. Ce silence nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant, que nous trouvons consigné dans une leçon de M. Trousseau sur le traitement de l'asthme. L'emploi du papier nitré ou salpêtré est un moyen très-simple, dit M. Trousseau, et dont il serait difficile d'expliquer le mode d'action; cependant il a réussi chez plusieurs de nos malades. Je connais intimement une famille dont le chef et deux demoiselles, âgées de vingt-trois ans et vingt-sept ans, avaient des attaques d'asthme très-rapprochées. Ces trois malades ont fait usage du papier salpêtré; depuis cette époque, les attaques se sont éloignées; et quand elles reparaissent, il suffit qu'ont ait recours au même remède pour qu'en dix minutes tout rentre dans le calme. C'est donc là une espèce de fumigations qu'on peut ajouter, ne fût-ce qu'à titre d'essai, à celles dont la liste est connue.

Pour préparer ce papier, on verse dans une assiette un demi-verre d'eau dans lequel on jette 15 grammes de nitrate de potasse. Si tout le sel n'est pas dissous, vous en concluez que le liquide en est sa-

turé; alors vous trempez dans la solution du papier sans colle, et vous le faites sécher. Le mode d'emploi suivi par M. Trousseau est plus simple que celui que nous avons mentionné. Au lieu d'enfermer son malade dans une petite chambre et de lui constituer une atmosphère de fumée en faisant brûler une grande quantité de papier salpêtré, M. Trousseau a réussi, on l'a vu, en faisant rouler le papier en forme de cigarettes. On place une de ces cigarettes en ignition sous le nez du malade, qui en aspire la fumée par les narines et par la bouche. (*Journ. de méd. prat.*, et *Répert. de pharm.*, juillet.)

BELLADONE *Innocuité de son emploi continu dans le cas de taies centrales de la cornée et de cataracte.* Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de signaler les bons effets de l'instillation de la belladone lorsqu'une opacité centrale siége sur la cornée ou la capsule du cristallin, et même dans les cas de cataractes incomplètes. Un point que nous avons dû réserver était l'innocuité d'une semblable pratique lorsqu'on la continue pendant un temps considérable. Voici, à cet égard, quelques renseignements intéressants que nous trouvons consignés dans un mémoire sur les vertus thérapeutiques de la belladone, travail couronné par la Société de médecine de Gand. Dans le cas de taies et de cataractes centrales, dit M. Dubois, nous avons rendu quelquefois aux aveugles une sorte de vue qui leur suffisait pour se conduire ou pour se livrer à des travaux faciles. Nous leur faisons instiller une goutte de solution saturée d'extrait de belladone dans les yeux, afin de maintenir la pupille suffisamment large pour dépasser les limites de la tache. Nous avons pu, en agissant ainsi, faire voir plusieurs aveugles qui ne pouvaient plus se conduire et qui aujourd'hui, munis d'une solution d'extrait de belladone, se promènent librement depuis plusieurs années, et un, entre autres, qui était complétement aveugle depuis cinq années par une large taie centrale qui occupe son seul et unique œil. Depuis qu'il s'instille dans l'œil de la solution de belladone, c'est-à-dire depuis *sept ans*, il voit suffisamment pour se conduire et même, dit-il, pour s'occuper. Nous n'avons jamais vu, ajoute M. Dubois, résulter de cette pratique aucun inconvénient pour la sensibilité de l'appareil optique. Les malades disent que ces instillations leur fortifient la vue.

Les avantages de ces instillations ne paraissent pas aussi considérables dans les cas de cataractes centrales. M. Dubois cite cependant le fait de deux hommes atteints de cataractes qui ont bénéficié de cette action. Chez le premier, les instillations furent pratiquées pendant près d'une année et lui procurèrent assez de vue pour se conduire et pour s'occuper de quelques travaux qui demandaient peu d'application. Chez le second malade, après une année d'instillations, la vision se trouvait tellement fortifiée qu'il pouvait alors se conduire et aller tout seul où il voulait.

Ces faits, ajoutés à ceux observés par M. Debreyne, et d'autres encore que nous avons consignés dans ce journal, témoignent d'un moyen facile dont les praticiens peuvent disposer dans les opacités partielles de la cornée. Cette ressource est d'autant plus précieuse que les opérations ne présentent, en général, dans ces cas, que des chances peu favorables de succès. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, mai et juin.)

DIABÈTE SUCRÉ (*Bons effets de l'opium dans un cas de*). Fidèle à la conduite que nous avons toujours suivie dans ce journal de faire connaître toutes les choses nouvelles, bonnes et utiles, qui se produisent, sans laisser perdre de vue les choses anciennes et éprouvées, nous avons parlé à diverses reprises des bons effets que l'on peut attendre de l'opium à haute dose dans le traitement du diabète sucré. Nous voyons avec plaisir un professeur de la Faculté de Strasbourg, M. Schutzenberger, insister sur l'utilité de ce moyen et faire connaître une observation qui témoigne hautement en sa faveur. C'était une femme de quarante-sept ans, se nourrissant habituellement de pommes de terre, de lait et de légumes grossiers, et qui était malade depuis cinq mois environ. A son entrée à l'hôpital, on constata que l'urine contenait en moyenne 71 grammes de glucose par litre, et la malade n'en perdait pas moins de 306 grammes dans les vingt-quatre heures. Soumise pendant une semaine à une alimentation réglée, consistant en 125 grammes

de pain, 2 portions de viande, 2 côtelettes, 2 œufs, la quantité d'urine diminua notablement, et avec elles le glucose, dont la proportion descendit à 56 grammes par litre et à 167 grammes dans les vingt-quatre heures. La malade s'étant refusée absolument à prendre du pain de gluten, le 23 novembre, le traitement pharmaceutique fut commencé: opium à dose progressive, en commençant par 3 pilules de 2 centigr. et augmentant d'une pilule tous les jours. La tolérance pour l'opium permit de porter successivement ce médicament jusqu'à la dose de 20 pilules, sans produire de narcotisme; indépendamment de l'opium en substance, la malade prenait 4 grammes de thériaque et de 1 à 3 grammes de bicarbonate d'ammoniaque. Sous l'influence de cette médication, la faim et la soif diminuèrent notablement, la sécrétion cutanée se rétablit, et la quantité de glucose tomba à 47 grammes par litre et à 77 grammes pour vingt-quatre heures. Vers le 15 décembre, les boissons que la malade édulcorait à l'insu du médecin furent remplacées par l'eau pure, une solution de bicarbonate de soude, et plus tard par l'eau de Vichy. Une nouvelle diminution de la quantité absolue et proportionnelle de glucose fut le résultat de ce changement (19 grammes par litre et 34 grammes seulement dans les vingt-quatre heures). Le 20 janvier, le pain ayant été entièrement supprimé, le glucose ne tarda pas à disparaître ; il reparut quelques jours plus tard, à la suite d'écarts de régime. Pendant l'année 1852, il y eut des oscillations nombreuses, souvent la malade ne rendant plus de sucre pendant une série de jours, puis le glucose reparaissant pour disparaître de nouveau. Vers la fin de 1852 et au commencement de 1853, le traitement par l'opium, les alcalins et le régime ayant été continués avec persévérance, le glucose a disparu complétement, et la malade a pu supporter successivement une alimentation féculente portée de 100 à 250 grammes de pain et plusieurs pommes de terre ou des légumes. La disposition aux récidives existe encore, mais toutes les fonctions sont en si bon état que, sans affirmer une guérison radicale, on est en droit de penser que les rechutes pourront être évitées par un régime mixte et une alimentation composée de viandes et de féculents en proportion convenable.

M. Schutzenberger a fait suivre cette observation de quelques conclusions intéressantes que nous croyons devoir reproduire : Il résulte, dit-il, de cette observation clinique, secondée jour par jour par l'analyse exacte de l'urine : 1° que la glucosurie n'est pas une maladie incurable, et que si la disposition aux récidives ou aux rechutes ne saurait être contestée, il est possible, avec de la persévérance, de faire non-seulement disparaître le sucre de l'urine, mais d'amener graduellement les malades à supporter un régime mixte, dans lequel les féculents entrent pour une forte proportion sans amener de rechute ; 2° que la quantité de glucose rendue par les malades est assez sensiblement proportionnelle à la quantité de féculents pris comme aliment, et qu'il est possible de découvrir les écarts du régime prescrit par l'augmentation du chiffre de glucose; que la quantité d'urine est sensiblement égale à celle de la boisson, et cette dernière proportionnelle à la quantité de féculents; 3° que le régime joue incontestablement un grand rôle dans le traitement de la glucosurie ; que le lait, les corps gras, le beurre, l'huile, les œufs et la viande doivent faire la base de l'alimentation ; 4° que l'abstinence complète de féculents paraît nécessaire pour faire disparaître complétement le glucose de l'urine ; 5° que de petites quantités de pain, 100 gr. par jour, sont en général bien supportées et ne font pas reparaître le sucre dans l'urine, quand une fois le glucose cesse de se produire ; 6° que la puissance d'assimilation augmente graduellement, et qu'il est possible, à l'aide des analyses chimiques, de constater le degré auquel il est convenable de s'arrêter ; 7° que le régime est puissamment secondé par certains médicaments et plus spécialement par l'emploi de l'opium à dose progressive et l'emploi des boissons alcalines ; 8° que dans cette affection la tolérance pour l'opium est très-grande ; 9° que les purgatifs peuvent diminuer le glucose dans les urines, en évacuant par les selles une quantité plus ou moins notable de cette substance, qui eût été éliminée par les urines. (*Gazette méd. de Strasbourg*, mai.)

ERYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de l'érysipèle, et en particulier de l'*). Nous ne croyons pas que le traitement recommandé il y a quelques années par M. Ch. Bell, et qui consiste dans l'administration à l'intérieur du perchlorure de fer dans l'érysipèle, et en particulier dans l'érysipèle des nouveau-nés, ait été l'objet d'expériences suivies en France. Il semble cependant que ce traitement ne serait pas à dédaigner ; et dans l'érysipèle des nouveau-nés en particulier, affection si grave par elle-même, ce traitement pourrait peut-être rendre des services. C'est ce qui résulte du moins d'un travail publié sur ce sujet par M. Balfour. Témoin d'un fait de succès entre les mains de M. Bell, et quoique n'ayant pas grande confiance en ce traitement, M. Balfour résolut d'avoir le cœur net à cet égard, et il a soumis à l'emploi du fer tous les malades qui se sont présentés atteints d'érysipèle, une vingtaine environ, sans avoir eu à s'en repentir. Le premier cas qu'il a eu à traiter était celui d'une femme fortement scrofuleuse, affectée d'un érysipèle du cuir chevelu, développé autour de deux plaies qu'elle portait dans cette région ; guérison en trois jours. Le second malade était atteint d'un érysipèle du pied et de la partie inférieure de la jambe ; guérison en deux jours. Dans le troisième cas, érysipèle traumatique du cuir chevelu chez une femme ; l'érysipèle datait de vingt-quatre à quarante-huit heures ; guérison en cinq jours, et la plaie, qui avait 3 pouces de long, était guérie en huit jours. Bref, tous ces érysipèles, dont plusieurs très-graves et accompagnés d'un violent délire, quelques-uns phlegmoneux, d'autres vésiculaires, et plusieurs enfin survenus chez des enfants, furent guéris en moyenne en une semaine. La suppuration ne survint que dans deux cas, et encore le traitement ne fut il commencé que lorsque l'épanchement plastique était survenu.

Comme M. Ch. Bell, M. Balfour a fait usage de la teinture de perchlorure de fer à une dose variable suivant l'âge du sujet, mais toujours avec l'intention de saturer autant que possible et aussi rapidement que possible l'économie avec le fer, de manière à abattre la maladie. Chez l'adulte, nous voyons, par les observations dont il a fait suivre son Mémoire, qu'il a donné 20 gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau et pendant plusieurs jours. Chez les enfants très-jeunes, la dose a été de 2 à 3 gouttes toutes les deux heures. Quelques doses suffisent ordinairement pour faire justice de la douleur et faire tomber l'action du cœur; il agit aussi comme diurétique, ainsi que M. Balfour s'en est assuré sur lui-même (l'action diurétique était établie une heure après chaque dose, et la quantité d'urine doublait); il corrigerait encore la qualité des sécrétions, et tout cela sans produire ni céphalalgie, ni aucun symptôme désagréable, même dans les cas les plus intenses et au milieu du délire. M. Balfour n'emploie pas d'autre traitement qu'un purgatif léger de temps en temps et des applications de poudre de fécule, de coton et de cataplasmes sur les parties enflammées.

Comme le point vraiment important de ces recherches nous paraît être l'application de ce médicament au traitement de l'érysipèle des nouveau-nés, nous rapporterons en quelques mots les deux faits d'érysipèle de ce dernier genre consignés dans son travail par ce médecin. L'un était un enfant de quatre mois; depuis deux jours on avait remarqué un peu de rougeur sur la grande lèvre gauche, lorsque le 20 décembre on reconnut que la rougeur et le gonflement affectaient les deux lèvres et s'étendaient sur le pubis. On lui donna un peu d'huile de ricin et 2 gouttes de teinture de perchlorure de fer dans une cuillerée d'eau toutes les deux heures. Le lendemain, la rougeur était bornée à la grande lèvre droite qui était fortement gonflée, mais elle avait fait des progrès sur la hanche et la cuisse droites. On continua la teinture, et les parties enflammées furent saupoudrées d'amidon. Dès le 23, la rougeur pâlissait, la peau de la grande lèvre était moins tendue, et le 24 l'enfant entrait en convalescence. Dans l'autre cas, également chez un enfant de quatre mois, au huitième jour de la vaccination, il était survenu un peu de rougeur au-dessus du coude du même côté. (Huile de ricin, poudre d'amidon sur les parties malades). Le lendemain, le bras avait doublé de volume et était devenu entièrement rouge. (3 gouttes de teinture de perchlorure toutes les deux heures.) Le

troisième jour, le gonflement et la rougeur avaient presque entièrement disparu, et même l'auréole qui existe naturellement autour des pustules vaccinales était beaucoup plus pâle que d'habitude. La dose de fer fut diminuée graduellement. L'enfant se rétablit rapidement. (*Monthly Journal of med.*, mai.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*Valeur comparative du traitement par la saignée initiale et l'eau froide intus et extrà, et du traitement par les évacuants dans la*). Nous le répétons, c'est parce que notre conviction est parfaitement établie sur ce point, que la fièvre typhoïde ne saurait être partout et toujours combattue par un seul et même traitement, que nous avons donné place dans notre journal à l'intéressant mémoire de M. Armitage. Presque en même temps que nous le publiions, le journal l'Union médicale insérait un travail de M. Leroy, de Béthune, travail dans lequel ce médecin faisait connaître les résultats favorables qu'il avait obtenus de la saignée au début et de l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, d'une manière continue. La saignée avait pour but de s'opposer aux congestions. Le malade était ensuite enveloppé de linges mouillés, qu'on avait soin d'humecter fréquemment. Pour boisson, uniquement de l'eau froide, et de l'eau froide également en lavements. Par ce traitement, M. Leroy n'a eu que 2 morts sur 61 malades en 1848, 0 sur 22 en 1849, 3 sur 16 en 1850, et 1 sur 27 en 1851 : ou 6 morts en tout sur 126. C'est le traitement de M. Leroy qui a été mis en usage, dans le courant de la dernière épidémie, par M. Valleix ; seulement, nous ferons remarquer que M. Valleix a ajouté au traitement de M. Leroy des lotions froides sur tout le corps, avec une éponge mouillée, cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures ; et sans penser, avec M. Leroy, que ce soit là la seule cause des insuccès de M. Valleix, il faut reconnaître que le traitement du médecin de Béthune n'a pas été appliqué dans toute sa pureté par le médecin de la Pitié.

Quoi qu'il en soit, M. Valleix a soumis à ce traitement 25 malades, dont 16 gravement atteints et 9 légèrement. Ces derniers ont tous guéri. Quant aux 16 autres, M. Valleix a eu 10 décès; et, dans aucun de ces 16 cas, le traitement n'aurait paru arrêter la marche de la maladie ; plusieurs fois, des accidents graves seraient venus compliquer la maladie. Ainsi, les symptômes nerveux qui existaient dans 21 cas auraient augmenté neuf fois, diminué puis augmenté deux fois, resté stationnaires puis augmenté une fois ; le météorisme aurait augmenté dans la moitié des cas ; la diarrhée aurait augmenté quatorze fois; le pouls n'aurait pas été influencé (chez un bon nombre de malades sa fréquence serait restée la même ou aurait augmenté); le traitement n'aurait pu être continué chez 14 malades, soit à cause d'absence totale de réaction, soit à cause de l'abondance extrême de la diarrhée, soit enfin à cause de l'aggravation considérable de tous les symptômes ; enfin, la durée de la maladie aurait été en moyenne, chez les sujets qui ont succombé, de vingt-sept jours, et chez eux qui ont guéri, de trente-deux jours ; tandis que, sur 26 malades traités par les évacuants, mais dont à la vérité 19 étaient atteints légèrement, il n'y aurait eu qu'un seul mort, et que l'amélioration aurait été notable dès le commencement du traitement, et aurait persisté dans 15 cas jusqu'à la fin. D'où M. Valleix a conclu d'une manière favorable aux évacuants, et entièrement défavorable à l'emploi de l'eau froide.

Ce n'est pas, on le comprend, que nous ayons l'intention de réfuter ce que M. Valleix a observé de favorable à l'emploi des évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde ; mais nous ne pouvons pas nous empêcher de faire remarquer ce qu'il y a d'étrange dans les résultats obtenus par ce médecin de l'emploi de l'eau froide. L'explication nous en paraît facile, et M. Valleix nous la donne lui-même : c'est que, dans les grands hôpitaux, on n'est pas sûr que le traitement par l'eau froide ait été pratiqué avec exactitude, et que l'exécution de ce traitement n'a pas été toujours bien surveillée. Ce n'est pas de cette manière qu'avait procédé M. Armitage, et on a vu combien les résultats ont été différents. Plus qu'aucun autre traitement, l'emploi de l'eau froide réclame la présence et la surveillance du médecin. Rien n'est plus facile que de rester en deçà ou d'aller au delà de ce qui est nécessaire. C'est que l'eau froide peut produire, suivant la manière dont

elle est appliquée, des effets de dépression ou de stimulation, bien différents, et qu'il faut être là pour arrêter l'action au moment où le but est atteint. C'est pourquoi nous réprouvons tous les traitements d'une seule pièce, dans lesquels on ne laisse rien à faire à l'initiative et à l'intelligence du médecin; c'est pourquoi nous voudrions bien qu'on se rappelât les indications de l'emploi de l'eau froide comme celles des évacuants dans la fièvre typhoïde, la première répondant surtout aux accidents inflammatoires et pyrétiques du début, tandis que les seconds peuvent être employés avec moins d'inconvénients, et souvent même avec avantage dans tout le cours de la maladie, surtout dans les formes dites bilieuses, gastriques, saburrales. — La question ne nous paraît donc pas jugée contre l'emploi de l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde, et nous avons en nous-même trop à nous en louer, pour ne pas nous refuser à accepter un jugement qui repose sur des données statistiques aussi insuffisantes. Nous faisons des vœux pour que des expérimentations nouvelles, et entreprises sur un plan plus conforme à la marche de la maladie, comme aussi plus rigoureusement pratiquées, viennent enfin fixer les praticiens relativement à l'emploi de l'eau froide dans la fièvre typhoïde. (*Union médicale*, juin.)

HÉMORRHAGIE *par insertion du placenta sur le col de l'utérus* (*De l'emploi des pelotes en caoutchouc vulcanisé dans les cas d'*). L'hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le col utérin est un des plus graves accidents qui puissent se présenter dans la pratique obstétricale. Au nombre des meilleurs moyens consignés dans les traités d'accouchement, se trouve l'usage du tamponnement; mais la longueur des manœuvres que l'usage des substances employées nécessite, l'obstacle imparfait que la charpie ou l'étoupe opposent à l'écoulement du sang, la décomposition du liquide contenu dans les interstices du tampon, sous l'influence de la chaleur, la difficulté do son extraction, tous ces inconvénients avaient porté M. Lados, comme beaucoup d'accoucheurs, à proscrire le tampon de sa pratique. Si le moyen était défectueux, l'indication n'en demeurait pas moins, et ce médecin a imaginé de la remplir à l'aide d'une pelote en caoutchouc vulcanisé. Seulement, lorsque l'instrument est introduit dans le vagin, au lieu de l'insuffler comme l'a indiqué M. Garriel, M. Lados le dilate en projetant dans son intérieur de l'eau froide. Un clyso-pompe ordinaire fait ici l'office de pompe foulante, puis un lien jeté sur le tuyau qui termine l'ampoule sert à maintenir le liquide. Rien de facile comme de renouveler l'eau lorsque la température vient à s'élever. Cet appareil ne diffère de celui employé par M. Diday, dans les cas de métrorrhagie, que par la substitution de l'eau à l'air: reste à l'expérience à montrer si ce dernier ne doit pas être employé de préférence, même dans les cas d'hémorrhagies placentaires; car si l'abaissement de sa température le prive de toute action hémostatique lorsqu'on insuffle la pelote, comme elle s'élève peu, il n'est pas nécessaire de le changer, et l'on prévient le renouvellement des manœuvres, toujours fâcheux dans ces circonstances. L'application de réfrigérants sur les parois abdominales et les parties génitales, ainsi que la position élevée du siége viennent, d'ailleurs, aider puissamment à l'action mécanique de la pelote pour triompher de l'hémorrhagie, même dans les cas où l'écoulement est dû à l'insertion du placenta sur le col de la matrice. Si l'emploi de ces moyens ne réussit pas, il ne reste plus au praticien d'autre ressource que do recourir à l'accouchement forcé. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, juin.)

HERNIES (*De la valeur des opérations proposées pour la cure radicale des*). Telle est la grave et importante question chirurgicale qui a été examinée par une commission de l'Association médicale américaine, chargée de lui présenter un rapport spécial sur cette question. Nous passerons rapidement avec le rapporteur, M. G. Haynard, sur les méthodes de curation radicale proposées dans les temps anciens, telles que la cautérisation, la ligature, les sutures, l'excision d'une partie ou de la totalité du sac, la castration, méthodes aussi barbares que dangereuses, et qui ont tué plus de monde que ne l'auraient pu faire les hernies abandonnées à

elles-mêmes. Mais certaines méthodes qui ont été proposées et mises en pratique depuis les cinquante dernières années méritent un peu plus d'attention, et le rapporteur en mentionne treize : 1° l'occlusion du collet du sac au moyen d'un morceau d'épiploon laissé dans le canal inguinal, dans lequel on repousse le testicule, et la production d'un travail inflammatoire au moyen d'une incision ; 2° l'occlusion du canal et de l'orifice externe au moyen du sac herniaire, comme le pratiquaient Petit et Garengeot; 3° la méthode de M. Gerdy, qui consiste à refouler les téguments dans le canal inguinal et à détacher l'épiderme de ceux-ci avec l'ammoniaque caustique; 4° l'opération de M. Delmas, dans laquelle on porte dans la partie supérieure du sac une poche de baudruche, que l'on insuffle ensuite pour exciter de l'inflammation ; 5° l'autoplastie de Jameson ; 6° l'opération barbare de Graële, qui consiste à enlever un morceau du sac, et à introduire dans le canal inguinal un morceau de linge imprégné d'une pommade stimulante; 7° le séton; 8° la méthode de M. Bonnet, dans laquelle on traverse le collet du sac avec des aiguilles, ou, comme le faisait Mayor, avec des épingles ; 9° l'acupuncture; 10° la scarification sous-cutanée du collet du sac (Guerin), et la scarification du canal inguinal (Velpeau); 11° les injections dans le sac, soit en l'ouvrant largement (Velpeau), soit par la méthode sous-cutanée (Pancoast); 12° la scarification de l'anneau; 13° l'occlusion de l'anneau avec la suture (Wood).

Le rapporteur a présenté quelques remarques à la suite de chacune de ces opérations, remarques dont les conclusions, que nous allons donner, ne sont que la reproduction. Néanmoins, comme l'opération par injection est peu connue, nous croyons devoir rapporter les détails du procédé opératoire d'après le fait de guérison qui a été consigné dans le rapport. Le sac herniaire ayant été préalablement vidé par le taxis, un petit trocart fut porté dans son intérieur, et lorsqu'il y fut parvenu, ce que l'on put reconnaître à la liberté des mouvements de son extrémité, celle-ci fut portée en haut de manière à scarifier la surface interne de la partie supérieure du sac. Le trocart fut alors retiré, et 2 gram. de teinture d'iode, dans d'autres cas une quantité égale de teinture de cantharides, furent injectés dans le sac, et retirés après un certain temps. Puis la canule fut retirée et une compression établie immédiatement au-dessus de l'anneau externe, et la pelote du bandage fut appliquée sur la compresse. Reste à savoir si l'opération de M. Wood, celle qui consiste à fermer l'anneau avec une suture, aurait des résultats plus sûrs et plus persistants que ceux des autres méthodes. Quoi qu'il en soit, la commission a conclu : 1° que dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'opération chirurgicale sur laquelle on puisse se reposer avec confiance pour produire dans tous les cas, ou même dans une grande proportion de cas, une cure radicale de la hernie réductible; 2° que la méthode par injections sous-cutanées est encore l'opération la meilleure et la plus sûre (ce sera celle qui produira probablement dans quelques cas une cure permanente et qui amènera du soulagement dans plusieurs autres); 3° que la compression, lorsqu'elle est convenablement employée est encore de tous ces moyens le plus convenable pour amener une cure radicale dans le plus grand nombre des cas. — La sagesse de ces conclusions, sauf toutefois la deuxième, nous paraît tellement évidente que nous nous y rallions pleinement. Mais en ce qui touche les injections dans le sac, il ne faut pas oublier que l'occlusion de celui-ci n'est pas suffisante pour empêcher la reproduction de la hernie, et que c'est surtout vers l'anneau abdominal que devraient être dirigées les méthodes de cure radicale. Au reste, en principe, nous sommes peu favorable à des opérations de ce genre, qui font courir toujours des dangers sérieux aux malades pour une guérison problématique et rarement durable, dans des cas où il suffit d'un bandage pour mettre à l'abri de tout accident, jusques à l'âge le plus avancé. (*Trans. of the Americ. assoc.* et *Assoc. med. Journal*, juin.)

PUSTULE MALIGNE et **CHARBON** ; *leur traitement à l'aide de l'application des feuilles et de l'écorce fraîches de noyer*. Il y a quelque temps, nous faisions connaître les effets remarquables obtenus dans ces deux affections, par un médecin italien, avec la pâte d'encens; voici maintenant un médecin français, M. Pomayrol, qui propose les applications

des feuilles et de l'écorce fraîches de noyer, les déclare aussi efficaces pour combattre le charbon et la pustule maligne que le sulfate de quinine pour dissiper les fièvres intermittentes, et allègue plus de quarante observations de ces deux affections traitées et guéries par l'emploi de ce moyen. Des quatre observations rapportées en détail par ce médecin, la première est assez peu concluante et les détails peu nombreux; dans la deuxième, il existait une pustule maligne sur la paupière supérieure de l'œil droit, où une phlyctène occupait toute la face externe de la paupière, avec un engorgement qui s'étendait depuis la partie supérieure et latérale droite du front jusqu'à l'angle inférieur de la mâchoire inférieure du même côté. La pustule fut ouverte et pansée à plat avec les feuilles fraîches de noyer. En peu de jours, chute de l'escarre étendue à toute la paupière supérieure, et la cicatrisation de la plaie ne se fit guère attendre. Dans un troisième cas, pustule maligne à la partie antérieure et supérieure du cou, offrant un engorgement qui s'étendait depuis les angles de la mâchoire inférieure jusqu'à la partie moyenne et supérieure de la poitrine. Comme on était au mois de mars, M. Pomayrol appliqua l'écorce fraîche des jeunes branches de noyer. En vingt-quatre heures l'engorgement avait sensiblement diminué, et en quatre jours il avait complétement disparu. Guérison le vingt-quatrième jour. Enfin, dans un quatrième cas, un charbon siégeant sur la partie moyenne du dos, et accompagné d'un engorgement qui occupait tout le tronc, fut traité d'abord par l'application d'un vésicatoire large comme la paume de la main, puis par celle des feuilles fraîches de noyer, qui, en quatre jours, firent disparaître totalement la phlogose, et le point gangréneux qui offrait une largeur d'un gros sou s'élimina. En continuant l'emploi des feuilles, la maladie marcha si rapidement que dans une vingtaine de jours le malade pouvait reprendre son travail.—Il est certain que la plupart des médecins qui connaissent la gravité de la pustule maligne et du charbon éprouveront un certain étonnement du succès obtenu par M. Pomayrol avec cette médication. Mais était-ce à des pustules véritablement malignes, à de véritables charbons que ce médecin a eu affaire? Voilà ce que les détails donnés par l'auteur ne permettent pas d'affirmer, d'autant plus que nous ne voyons nulle part que les malades aient été en rapport avec des animaux infectés, et que l'auteur dit lui-même qu'elles étaient sans cause appréciable. Il y aurait donc à se demander si l'auteur n'aurait pas eu affaire à cette variété si curieuse de pustule maligne, sans malignité réelle, sans contagion, signalée il y a quelques années par M. Van Swygenhoven, et qui naît précisément sans cause appréciable; il suffit, pour la guérir, d'une incision cruciale et de topiques émollients ou narcotiques. Cela expliquerait à merveille les succès de M. Pomayrol. Il est seulement à regretter que le diagnostic des affections comprises sous le nom vague de charbon et de pustule maligne soit assez peu avancé pour permettre une pareille confusion. (*Annales cliniq. de Montpellier*, juin.)

SYPHILIS (*Métamorphoses de la*). *Des maladies qu'elle peut simuler, et de la syphilis latente.* Entre l'opinion des médecins des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, qui voyaient dans la syphilis un vrai Protée morbide susceptible de revêtir les formes pathologiques les plus variées, et dans la plupart des affections chroniques acquises ou héréditaires autant de métamorphoses de la maladie vénérienne, qui croyaient que cette affection peut rester à l'état latent dans l'économie pendant un temps souvent très-long, pour éclater ensuite sous l'une des mille formes variées du cadre nosologique, et qui, conséquemment à cette croyance, établissaient en principe la nécessité de soumettre tous les sujets atteints de syphilis, à quelque degré et à quelque période que ce fût, à un traitement mercuriel complet; entre cette opinion, disons-nous, et l'opinion plus moderne qui circonscrit la maladie vénérienne dans un certain ordre de phénomènes, et n'oppose les traitements spécifiques qu'aux accidents consécutifs, de quel côté se trouve la vérité? Nul doute qu'il n'y ait eu beaucoup d'exagération et de confusion dans la première opinion; mais, à en juger par les tendances qui se manifestent depuis quelques années, on peut affirmer hardiment qu'il faudra bientôt franchir le cercle

étroit dans lequel les syphilographes modernes ont cherché à renfermer l'histoire de cette affection.

Nous avons à signaler aujourd'hui dans la voie de cette réaction un travail remarquable de M. le docteur Prosper Yvaren, d'Avignon, qui a été récemment l'objet d'un rapport non moins remarquable de M. Gibert à l'Académie de médecine. L'idée dominante du travail de M. Yvaren est que la disparition des premiers accidents entraîne fréquemment une sécurité trompeuse, et que, tôt ou tard, le mal temporairement dissimulé fait explosion sous une forme ou sous une autre, et amène des désordres qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à leur véritable source. Ce sont ces sortes de métamorphoses qu'il s'est particulièrement proposé de rechercher. En compulsant les auteurs ou ses propres souvenirs, M. Yvaren a groupé dans son mémoire des exemples qui tendent à démontrer que la syphilis consécutive peut se montrer sous quelqu'une des formes suivantes : céphalée, odontalgie, névralgie intercostale, brachiale, sciatique ; épilepsie, tétanos, aliénation mentale, paralysies diverses, amaurose, paraplégie; fièvre intermittente; coryza, ophthalmie, otite; affections gastro - intestinales ; rhumatisme, goutte, tumeur blanche, rachialgie; phthisie, asthme, angine laryngée, affections du cœur, du foie; cancer, etc.

L'origine réellement syphilitique de cette longue énumération d'affections n'est sans doute pas établie constamment sur des preuves démonstratives irréfragables ; mais pour un grand nombre, au moins, le titre de *syphilis larvée* ou de *métamorphoses syphilitiques* se trouve justifié par cette remarque générale qui ressort de l'étude des faits, savoir, que le médecin induit en erreur par de trompeuses apparences, avait d'abord méconnu la nature syphilitique de la maladie, et que celle-ci, après s'être montrée rebelle à toute médication qui n'attaquait que la forme, ou n'en avoir reçu du moins qu'une modification passagère, a cédé ensuite rapidement dès qu'on a eu recours à un traitement spécifique.

Une autre remarque générale importante, c'est que dans 35 cas, sur les 125 relatés dans le mémoire de M. P. Yvaren, aucun traitement mercuriel antérieur n'avait eu lieu, et que, dans 31 autres, il n'y avait eu que des essais de traitement irréguliers et incomplets. Dans 11 cas seulement, les premières manifestations de la syphilis avaient été méthodiquement traitées.

Une autre circonstance, enfin, sur laquelle M. Yvaren appelle l'attention des praticiens, et qui n'est pas moins digne de remarque, c'est que la cause la plus commune du passage de la syphilis à l'*état latent* est l'abus, si commun de nos jours, de ces traitements incomplets ou palliatifs qui dissipent les symptômes actuels sans opérer une guérison radicale, et le peu de sévérité que l'on apporte généralement dans le régime. M. Gibert, en faisant ressortir la vérité de cette dernière proposition de M. Yvaren, a insisté surtout à son tour sur ce point, savoir, que dans plusieurs cas il a suffi d'un régime sévère pour dissiper les accidents les plus graves de la syphilis, soit *primitive*, soit surtout *consécutive*, et que c'est au régime seul qu'il faut attribuer plusieurs des cures rapportées à tort à certains médicaments qui ont joui d'une grande vogue, tels que la salsepareille et le gaïac, par exemple, regardés longtemps comme des spécifiques de la syphilis.

Nous croyons utile d'appeler l'attention de nos lecteurs sur ces derniers points, et de les engager à nous communiquer les observations de cette nature qui pourraient contribuer à éclairer l'une des questions de thérapeutique les plus intéressantes. (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, juillet 1853.)

VARIÉTÉS.

—

Les questions d'hygiène, celles surtout qui touchent aux usages domestiques, nous intéressent trop pour que nous ne fassions pas mention de l'analyse d'un composé servant au nettoyage de l'argenterie, qu'un savant pharmacien, M. V. Pasquier, vient de publier dans les Archives belges de médecine. Ce n'est pas seulement à Bruxelles qu'on fait usage de cette préparation, son emploi se propage à Paris; nous avons eu l'occasion de la faire proscrire dans plusieurs familles. D'après l'analyse de M. Pasquier, cette préparation, que l'on vend sous le nom de Poudre-Delsaux, est formée d'un mélange de craie et de crème de tartre, dans lequel on a incorporé du mercure métallique.

Il suffit d'indiquer cette composition pour faire comprendre que la poudre Delsaux est loin, ainsi qu'on l'annonce, d'entretenir l'argenterie sans l'endommager et de ne contenir aucune substance nuisible à la santé.

Outre l'inconvénient qu'elle a de recouvrir de mercure la vaisselle d'argent soumise à son action, et de la détériorer en la faisant devenir cassante, elle offre encore celui de la rendre nuisible à la santé et capable même, dans certains cas, de produire de véritables empoisonnements. On sait, en effet, que les composés mercuriels exercent sur l'économie animale une action très-énergique, et que la plupart d'entre eux sont de violents poisons. Or, l'amalgame formé par la Poudre-Delsaux doit assurément en produire dans plusieurs circonstances, principalement par le fait de son contact prolongé avec des crèmes, des sauces, des mets ou des ragoûts qui renferment de l'oseille, du vinaigre, de la gelée de groseilles, de l'eau de laurier-cerise, du jus de citron et autres ingrédients semblables, souvent accompagnés de sel de cuisine, de crème de tartre, etc. On sait encore que le mercure métallique, lorsqu'il est très-divisé par de l'eau, des sucs animaux ou des graisses, devient un poison par la facilité avec laquelle il absorbe alors l'oxygène de l'air pour se transformer ensuite en *sublimé corrosif* à la faveur des chlorures ou de l'acide chlorhydrique qu'il trouve dans les liquides du canal digestif.

L'emploi de la Poudre-Delsaux pour le nettoyage de la vaisselle doit donc être prohibé, comme dangereux pour la santé.

———

Les quelques lignes suivantes, que nous extrayons d'un article de M. Hubert Boens sur l'état de l'esprit médical en France, montrent ce que nos confrères belges pensent de cette fièvre qui un instant s'est emparée du corps médical parisien.

« Les tables tournantes ! C'est le grand vertige de notre siècle, le puff immortel qui restera dans les annales des folies de notre époque, comme le plus heureux canard que le Nouveau-Monde ait envoyé à l'ancien continent. Et croira-t-on que des grands journaux de médecine aient osé sérieusement parler des tables tournantes, dansantes, voltigeantes, comme d'un phénomène... possible !

« Oh ! l'esprit du siècle ! Cet esprit travailleur, remuant, infatigable, si grand et si bizarre, si sceptique et si crédule, est ébloui de ces merveilles ! La vapeur et l'électricité ont fasciné nos yeux. Depuis cinquante ans on a vu tant de découvertes, tant de prodiges ! Pourquoi la table tournante, à

son tour, ne serait-elle pas un prodige aussi, une merveille après tant d'autres ?...

« Les médecins ne sont pas plus que les autres exempts de ces crédulités bizarres, de cette foi dans l'impossible, qui est la fièvre de ce temps-ci. Ce n'est pas pourtant que les médecins aient jamais été éblouis par les découvertes des autres ni par les leurs, mais c'est qu'ils cherchent et qu'ils attendent un culte nouveau; c'est qu'après avoir brisé leurs idoles, qui les avaient trompés si longtemps, ils voudraient trouver le vrai Dieu, la foi médicale qu'il faut enseigner et croire. Les Dieux s'en vont ! s'écriait-on à l'agonie du paganisme ; et, pour nous, nous pourrions dire : Les Dieux sont partis ! Il n'y a plus de bannière, plus de chef, plus de direction forte, plus d'impulsion dominatrice, plus de système en médecine; c'est l'individualisme, et, par conséquent, un tant soit peu l'anarchie qui règne aujourd'hui chez nous. Chacun cherche, chacun s'isole; on veut n'être que soi, on se fait à soi-même ses théories, ses méthodes, ses procédés, sa loi et son Dieu; et, dans le dédale de faits, d'observations, d'idées que nous amassons autour de nous, ne sachant trop celles qu'il faut prendre et celles qu'il faut laisser, nous avons pour les unes des engouements irréfléchis, et pour d'autres des répulsions peu fondées.

« Il est vrai qu'on parle encore quelquefois d'Ecole de médecine. On dit le Réalisme de Paris, le Vitalisme de Montpellier ; on prononce même ces mots : Retour à l'hippocratisme ; mais tout cela d'une manière vague, indécise, tellement que l'éclectisme médical, grand mot qui cache un grand désordre, va gagnant de plus en plus les médecins. A Paris même, quoi qu'on en dise, la plupart des médecins célèbres vont à la conquête des vérités médicales, sans communauté de vues, de principes, de but, chacun isolément, pour son seul compte...

« Sommes-nous dans une période de transition, avec les incertitudes, le scepticisme, la foi aveugle, la bizarrerie, le vrai et le faux qui se heurtent et se croisent dans le pêle-mêle qui caractérise ces époques-là ? Resterons-nous sans unité, sans principe, sans système médical? Serons-nous un jour hippocratistes, vitalistes, réalistes, etc..., ou bien un peu de tout cela, comme la plupart des professeurs et des praticiens d'aujourd'hui ? L'avenir le montrera. »

La Commission de présentation à la place vacante à l'Académie de médecine dans la section d'histoire naturelle médicale a fait son rapport. Les candidats sont, dit-on, placés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Chatin ; en deuxième ligne, M. Ch. Robin ; ensuite, et par ordre alphabétique, MM. Martinet et Sandras.

L'ouverture du concours pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major et de quinze emplois de pharmacien aide-major, à l'Ecole impériale et spéciale de médecine militaire, à Paris, est fixée comme il suit : à Strasbourg, le 10 septembre; à Montpellier, le 25 septembre ; à Paris, le 10 octobre prochain. — Les conditions d'admission à ces emplois d'aide-major sont : 1° être né Français ; 2° être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois Ecoles supérieures de pharmacie de l'empire ; 3° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ; 4° n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-

huit ans au 1er janvier 1854; 5° avoir satisfait aux épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien ; 3° un certificat délivré par un médecin militaire, ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire ; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité ; 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué, en temps utile, aux épreuves du concours.

Les dernières nouvelles de Perse annoncent que le choléra fait les plus grands ravages dans l'Astrabaud, le Mazzaderam et le désert des Turcomans. Dans une de ces provinces, le nombre des morts n'est pas moindre de 150 par jour. Le shah et sa cour se sont réfugiés à Imama.

En Europe, le choléra fait quelques progrès. On écrit de Berlin, le 20 juillet : « Il paraît que le fléau s'étend sur nos provinces de la Baltique. Les cas augmentent à Settin, et il s'en est produit aussi à Dantzick, où l'épidémie pourrait devenir très-dangereuse dans les parties basses de la ville et des environs, surtout à cause de la température humide qui règne. Le choléra ne s'est pas encore montré dans notre ville. »

En Danemarck, les grandes chaleurs qui règnent depuis quelque temps ont donné une grande intensité au choléra, et la terreur qui avait gagné les habitants de Copenhague s'est accrue au point que tous ceux qui peuvent quitter la ville vont habiter les campagnes, où le fléau n'a pas encore pénétré. Les Conseils médicaux sont en permanence, et plusieurs médecins ont déjà payé leur tribut à l'épidémie. On pourra, du reste, juger de la gravité de la maladie par le relevé des bulletins officiels de ces derniers jours. Ainsi, on a compté :

84 malades et	46 décès	du	11 au 12 juillet.
84..........	57	—	12 au 13 —
85....	60	—	13 au 14 —
153..........	68	—	14 au 15 —
350..........	137	—	15 au 16 —

Pour se rendre compte de l'importance de ces chiffres, il faut observer que Copenhague n'a que 130,000 habitants environ, et que ce chiffre correspondrait, pour une ville comme Paris, à 3 ou 4,000 cas, et à 12 à 1,500 décès par jour.

L'administration de l'assistance publique à Paris vient de publier le compte moral de l'exercice de 1852. Voici les faits principaux de ce travail : Dans l'année 1852, les hôpitaux dépendant de l'administration ont reçu 90,486 malades; 12,117 vieillards infirmes ou aliénés ont été entretenus dans les hospices et maisons de retraite ; soit ensemble 102,603 individus. En 1851, le chiffre n'est que de 98,754 ; l'augmentation est de 3,849. Au 1er janvier 1853, le nombre des enfants abandonnés était de 14,111, dont 282 à l'hospice, 13,829 à la campagne. Au 30 novembre 1852, les ménages inscrits dans les bureaux de bienfaisance étaient au nombre de 33,741, comptant 77,999 individus. Les recettes ordinaires ont été de 12,767,290 fr.; les dépenses de 12,238,703 fr. Le nombre des femmes assistées à la suite de leurs couches, dans le courant de l'exercice, a été de 5,490, dont 2,543 accouchées dans les hôpitaux, qui ont reçu 49,541 fr. sur la fondation Montyon, et 2,947 accouchées à domicile, entre lesquelles il a été distribué une somme de 40,000 fr. sur le fonds spécial de 60,000 fr., destiné à prévenir les abandons.

M. le baron Seutin, chirurgien en chef de l'armée belge, vient d'être élu sénateur.

M. J. Crocq, secrétaire de la Société des sciences médicales de Bruxelles, vient d'être nommé membre de l'Académie impériale des Curieux de la nature. — Cette Académie, l'une des plus anciennes de l'Europe, compte plus de deux cents ans d'existence ; elle a été fondée en 1652.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE L'AGONIE.

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Ne désespérez jamais d'un malade tant qu'il donne signe de vie! Si tous les praticiens étaient pénétrés de l'importance de ce précepte, ils se verraient moins souvent déçus dans leurs funestes pronostics; ils auraient moins souvent la confusion de voir ressusciter, pour ainsi dire, les malades dont ils avaient annoncé la mort très-prochaine; on verrait moins souvent l'ignorance et le charlatanisme s'illustrer aux dépens de la science, en rendant la vie et la santé à des patients abandonnés, comme on dit, par les médecins.

Ceci s'applique à toutes les maladies aiguës et chroniques actuellement en voie d'évolution, et dont l'expérience a démontré que l'issue est à peu près constamment funeste. Par exemple : combien d'accidents convulsifs chez les enfants, qui semblent annoncer une fièvre cérébrale mortelle, et qui se résolvent promptement! Combien d'affections typhoïdes, caractérisées par les symptômes les plus graves, et dont triomphent l'art et la nature! Combien d'hydropisies, de phthisies et même de cancers prétendus qui trompent le fatalisme du pronostic! Nous pourrions rapporter ici bon nombre d'exemples de ces maladies désespérées en apparence, et dont l'issue a donné des démentis aux prévisions les mieux fondées! Peut-être nous arrivera-t-il un jour de dresser le catalogue de ces cas rares issus de notre pratique personnelle; mais c'est d'autre chose qu'il s'agit ici.

Si les gens du monde et quelques médecins même conservent toujours un certain espoir de voir guérir ou du moins se prolonger les maladies les plus graves, alors que la catastrophe n'est pas prochainement imminente, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une maladie quelconque arrivée à ce point où le principe de la vie est au moment de s'éteindre, où la respiration, la circulation, la chaleur, le sentiment et le mouvement n'existent plus qu'en vestiges, dans l'agonie confirmée, en un mot.

Qu'est-ce que l'agonie? étymologiquement, ce mot signifie combat, et par interprétation, combat entre la vie et la mort. A la rigueur, la maladie, en général, n'est pas autre chose; mais il est convenu d'entendre particulièrement par agonie une lutte très-inégale où la mort a manifestement le dessus, où son triomphe est aussi sûr que prochain. Eh bien! c'est cette certitude et cette proximité qui précisé-

ment constituent le problème, et que des retours assez fréquents doivent faire considérer comme de simples probabilités.

Malgré les critiques exercées contre la physiologie de Bichat, son trépied vital, imité de celui de Barthez, est encore debout, et il est toujours vrai de dire que l'homme meurt par l'encéphale, par le cœur ou par les poumons. Certes, la mort peut s'ouvrir un passage par tous les organes, même les moins importants ; elle peut entrer par tous les points de l'économie ; mais chacune de ces brèches vient toujours aboutir à l'un des trois appareils indiqués ci-dessus. On ne saurait même faire d'exception pour l'estomac, cette quatrième branche ajoutée par Broussais au trépied de la vie, et qui, dans la doctrine du réformateur, semblait même prétendre à supprimer les trois autres. On pourrait encore simplifier ce mécanisme, et démontrer, en physiologie transcendante, que la mort ne s'effectue réellement que par un seul organe, l'encéphale; car c'est la cessation de l'influx nerveux qui constitue formellement et radicalement la cessation de la vie, alors même que la mort paraît émaner du cœur ou des poumons, car la syncope et l'asphyxie n'agissent, en définitive, qu'en supprimant l'innervation.

Cette digression sur l'essence de l'agonie n'est pas purement oiseuse, quant à l'objet qui nous occupe, car nous allons voir, de par les faits, que, sans négliger les autres organes, c'est surtout en s'adressant à l'innervation, ou du moins à un de ses principaux attributs, la sensibilité, qu'on parvient, dans la plupart des cas, à soustraire les agonisants aux étreintes de la mort.

Le diagnostic de l'agonie, en tant qu'elle doit aboutir nécessairement et prochainement à la mort, échappe à une définition précise, et relève de l'appréciation de la généralité des observateurs compétents. Ainsi, la plupart des médecins tomberont à peu près d'accord sur l'état d'agonie, c'est-à-dire sur l'imminence de la mort, chez un sujet donné ; mais l'agonie, en général, n'a point de caractère absolu par lequel on puisse l'exprimer. Elle n'est, en effet, que le degré ultime des maladies en si grand nombre qui peuvent se terminer par la mort; d'où résulte, d'une part, l'extrême variabilité de ses manifestations, et, d'autre part, la difficulté de préciser l'instant où se produit ce degré ultime. Tel praticien pessimiste, méticuleux ou habituellement malheureux, considérera comme désespéré, comme agonisant, un malade que tel autre praticien espérera pouvoir rappeler à la vie.

La forme de l'agonie varie nécessairement, suivant qu'elle dérive de la lésion de tel ou tel organe : lorsqu'elle provient d'une maladie de l'encéphale, l'agonie est naturellement et directement caractérisée par la prochaine abolition des actes nerveux : intelligence, sentiment

et mouvement. C'est ce qui a lieu dans l'apoplexie dite foudroyante, laquelle, comme on le sait, produit rarement la mort subite. Dans les graves maladies de l'encéphale, en effet, les fonctions nerveuses sont d'abord profondément altérées, puis la respiration s'embarrasse, puis le pouls faiblit, puis les extrémités se refroidissent; et c'est l'ensemble et le degré menaçant et croissant de tous ces phénomènes qui constituent l'agonie.

Que si l'agonie procède primitivement du centre circulatoire, il arrive de deux choses l'une : ou le cœur s'affaiblit considérablement et cesse même de battre ; alors le sang ne vivifie plus les organes, et le malade perd le sentiment : telle est la syncope, mort apparente, qui devient réelle pour peu qu'elle se prolonge ; ou bien un obstacle à la circulation amène graduellement un engorgement des vaisseaux sanguins *à tergo;* les poumons s'engouent, le système nerveux est frappé de stupeur ; peu-de sang mal artérialisé parvient aux organes ; puis apparaissent la cyanose, le râle trachéal, l'asphyxie graduelle, l'affaiblissement du pouls, le refroidissement des extrémités. Telle est, dans ce cas, l'évolution de l'agonie.

Si la lésion affecte primitivement les poumons, il arrive que ces organes s'engorgent de sang veineux, de mucosités, de sérosité, de pus, etc. ; comme ci-dessus, la cyanose et l'asphyxie lente s'établissent, le cœur s'affaiblit, le froid s'empare graduellement des extrémités, l'encéphale est frappé de stupeur : l'agonie existe.

Ces divers phénomènes peuvent, dans chaque genre d'agonie, se combiner et se succéder de diverses manières. Cependant, il est deux de ces symptômes qui, par leur signification et leur importance, dominent tous les autres : le premier, qui, dans presque tous les genres d'agonie, constitue le véritable thermomètre de la vitalité, la pierre de touche du médecin, c'est l'état du pouls. Quelque grave que paraisse la situation du malade, si le pouls se soutient modérément large, résistant et régulier, tout espoir n'est pas perdu. Lorsqu'au contraire le pouls perd graduellement et rapidement en largeur, en consistance et en régularité, c'est que la mort approche. Elle n'est irrévocable que lorsque le pouls ou plutôt le cœur a cessé de battre depuis quelques instants.

Le second phénomène qui, plus apparent que le premier, a cependant moins d'importance, c'est le râle trachéal. Ce signe est le plus significatif pour le vulgaire, aussi le désigne-t-on sous le nom de ***râle des agonisants***, ***râle de la mort***. Lorsqu'il apparaît et se fait entendre à distance, personne ne doute que la mort ne soit très-prochaine. Ce râle se produit dans presque tous les cas, quelle que soit la cause

de l'agonie, que celle-ci débute par l'encéphale, par le cœur ou par les poumons ; car il résulte de l'affaiblissement progressif qui, portant sur les forces expulsives des poumons, permet aux mucosités de s'accumuler insensiblement dans les bronches ; d'où l'asphyxie lente, comme phénomène ultime de presque toutes les agonies. Et pourtant, ce signe pathognomonique de l'agonie, ce fatal avant-coureur du trépas peut être conjuré dans bien des circonstances, et comporte, je le répète, moins de gravité absolue que la défaillance du pouls. Je n'ai jamais vu de malades ressusciter après une cessation prolongée de la circulation, tandis que j'en ai vu bon nombre se ranimer, chez lesquels le râle trachéal existait depuis longtemps.

La perte de connaissance, le refroidissement des extrémités, le facies cadavéreux lui-même, ont bien moins de valeur significative que les deux phénomènes précédents.

En somme : facies hippocratique, pâleur, lividité de la peau et des muqueuses, paupières entr'ouvertes, globe de l'œil convulsé, prostration musculaire, affaiblissement de la sensibilité générale, des sens spéciaux et des facultés intellectuelles, froid des extrémités, sueurs d'expression, respiration laborieuse, stertoreuse, pouls petit, irrégulier, mou, lent ou fréquent, intermittent, sufflaminé, déglutition difficile ou nulle, parfois déjections involontaires, tel est l'ensemble de symptômes auxquels personne ne saurait méconnaître l'imminence de la mort. Mais, alors même que l'espérance a déserté son âme, le médecin doit se faire une obligation sacrée d'agir tant qu'il reste un souffle de vie, et même, dans certains cas, lorsque la vie paraît complétement éteinte, comme dans la syncope, l'asphyxie, la léthargie, etc.

Peu d'auteurs se sont occupés spécialement des moyens de combattre l'agonie. Le seul, peut-être, qui ait largement étudié et développé cet important sujet, est M. le professeur Piorry, dans son Mémoire sur l'asphyxie par l'écume bronchique, puis dans son Traité de médecine pratique (t. III, p. 105 et suiv.). Non-seulement il analyse avec soin les phénomènes de l'agonie, mais encore il expose une nombreuse série de moyens propres à la conjurer. Cependant, il nous paraît s'attacher trop exclusivement à débarrasser directement les bronches, et, parmi les procédés qu'il indique, il en est de peu de valeur ; nous y reviendrons.

Nous avons vu que les phénomènes de l'agonie s'enchaînent de telle sorte qu'on pourrait finalement les ramener à un seul, le défaut d'innervation. Cependant l'art, moins rigoriste que la science, permet, commande même de distinguer plusieurs genres d'agonie, pour l'intelligence des praticiens et pour les besoins de la pratique. Nous admet-

tons donc, en application, trois genres d'agonie : 1° agonie par défaut d'innervation ; 2° agonie par défaut de circulation ; 3° agonie par défaut de respiration, celle-ci s'adjoignant très-fréquemment aux deux autres, comme cause ou comme effet. Nous allons présenter un certain nombre de faits afférents à ces trois catégories.

Obs. I. M. T., petite fille de quatre ans, fortement constituée, tempérament sanguin lymphatique, tête volumineuse, portait depuis longtemps un eczéma impétigineux du cuir chevelu. En 1842, consulté pour cette affection, je conseillai de faire d'abord tomber les croûtes en les enduisant de cérat, me réservant d'aviser ensuite. Sous l'influence de ce simple moyen, non-seulement les croûtes se détachèrent, mais encore l'éruption disparut complétement. Peu de jours après, l'enfant devint morose, languissante; la céphalalgie survint bientôt, suivie de fièvre, de délire et de mouvements convulsifs (méningite). Ces accidents furent combattus par quelques sangsues aux mastoïdes, les réfrigérants sur la tête, le calomel, etc. L'affection s'aggrava rapidement, et le coma survint. Un matin je trouvai l'enfant dans un état désespéré : pâleur cadavéreuse, paupières entr'ouvertes, yeux renversés, extrémités froides, pouls filiforme, respiration faible, avec râle commençant : agonie. Sentant la nécessité d'agir vigoureusement, et me rappelant la source du mal, je fis immédiatement raser le cuir chevelu et frictionner la tête avec une forte pommade stibiée (8 grammes d'émétique pour 30 grammes d'axonge), en même temps qu'on rubéfiait les jambes avec des cataplasmes sinapisés et qu'on administrait une potion stimulante. L'éruption stibiée fut produite du matin au soir, et dès lors l'enfant parut se ranimer. Le pouls, la chaleur se relevèrent, le mouvement et l'intelligence reparurent ; bref, la malade entra en convalescence.

J'aurais pu employer d'autres moyens, soit le vésicatoire sur la tête. Je ne considère point l'heureuse issue comme le résultat de tel remède, mais comme celui de la médication révulsive et stimulante en général. Est-ce en déplaçant la phlegmasie interne, en rappelant l'éruption cutanée, ou simplement en relevant les forces, que les stimulants ont triomphé? Toujours est-il que la vie s'éteignait, qu'il fallait promptement la ranimer, même au risque d'aggraver la phlegmasie cérébrale. C'était le cas de courir au plus pressé. Je suis loin de prétendre, hélas! que le résultat sera toujours aussi favorable, car j'ai vu trop de pauvres enfants, traités avec non moins d'énergie, succomber à ce terrible mal. C'est là un exemple de ce que j'appellerais volontiers l'agonie *nerveuse*. Dans les cas suivants, le point de départ fut différent.

Obs. II. Mme L. mit au monde, en 1848, deux jumeaux assez ma-

lingres et souvent maladifs. Pendant les premiers temps de leur existence, l'un d'eux fut pris, à l'âge de quatre mois, d'une pneumonie qui, malgré tous les soins, fit de rapides progrès, si bien qu'un jour je trouvai cette chétive créature pâle, froide, presque sans respiration et sans pouls, quasi à l'état de cadavre. En désespoir de cause, je fis appliquer immédiatement un vésicatoire sur le sternum et administrer une potion stibiée (tartre stibié, 10 centig.; eau, 50 gram. édulcorée; une cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure). Insensiblement le petit être se ranime, la respiration se rétablit, le pouls se relève, quelques vomituritions et quelques selles se produisent, l'enfant est sauvé. Il jouit aujourd'hui d'une belle santé.

Je doutais fort que ce traitement énergique pût être supporté par un être si frêle, et pourtant c'est à lui que, certainement, il dut la vie. Quel fut ici le point de départ de l'agonie? le poumon, sans doute; mais l'anémie n'était pas moins menaçante que l'asphyxie, de sorte que le vésicatoire et même l'émétique me paraissent avoir autant agi comme stimulants que comme résolutifs, à en juger du moins par la promptitude du résultat. Le cas suivant est de même nature.

Obs. III. M. M., professeur à l'Hôpital militaire, âgé de trente-six ans, de constitution nerveuse, lymphatique, sujet à des accès de goutte et d'asthme, fut pris, en 1840, d'une grave pneumonie qui fut traitée par les saignées et le tartre stibié à haute dose. Cependant la maladie se prolongeait, le malade était pâle, affaibli, sujet aux syncopes. Un soir, arrivant près de lui, je fus frappé de son facies hippocratique, de sa pâleur cadavéreuse. On me dit qu'il vient de s'endormir. La main est froide, le pouls est vermiculaire, la respiration est presque insensible, le malade ne répond pas à son nom. La syncope est évidente, la mort est prochaine. Je fais aussitôt respirer de l'ammoniaque, frotter le visage et les membres avec du vinaigre, de l'eau de Cologne. J'envoie chercher un large vésicatoire que j'applique sur le thorax, et une potion stimulante (eau de mélisse, de fleurs d'oranger, teinture de cannelle, sirop d'éther) que j'administre par petites gorgées. Longtemps nous restons dans l'incertitude de savoir si la vie prendra le dessus. Enfin, après une demi-heure, qui nous parut un siècle, la chaleur reparut, le pouls surgit, la poitrine s'éleva, le malade ouvrit les yeux et reprit connaissance. Il sentait si bien qu'il échappait à la mort que ses premières paroles furent pour me remercier de lui avoir rendu la vie, et qu'il a toujours conservé le souvenir de cet instant critique, car il guérit, et est mort récemment d'une affection cérébrale chronique.

Il est évident que la mort était consommée sans le hasard qui m'amena près du malade, et sans les stimulants énergiques employés pour

le rappeler à la vie. On voit qu'une affection aiguë de poitrine peut amener la mort par défaut de circulation ; mais dans les affections primitives de l'appareil circulatoire, l'agonie peut résulter, soit, directement, de l'action du cœur entravée ou suspendue, soit, indirectement, de l'influence du cœur sur les poumons.

Obs. IV. M. V., âgé de soixante ans, de constitution détériorée, est affecté de catarrhe pulmonaire chronique, avec dilatation consécutive des cavités droites du cœur ; d'où palpitations, irrégularités du pouls, accès d'asthme, et, finalement, infiltration séreuse des extrémités pelviennes. En février 1852, ces accidents prirent de l'intensité : la dyspnée devint permanente, l'œdème fit des progrès, la cyanose s'y joignit, malgré l'emploi des moyens appropriés. Un jour nous le trouvâmes dans un état de débilité profonde, face hippocratique, extrémités froides, léger délire comateux, pouls faible, inégal, et d'une lenteur telle qu'il n'offrait pas quarante pulsations par minute. On avait lieu de penser qu'un tel état d'affaissement devait se terminer promptement par la mort ; on répugnait à l'emploi de moyens douloureux qui devaient être superflus. Cependant je fis appliquer un vésicatoire sur le thorax, chauffer vivement les extrémités, et ingérer une potion stimulante (eau de tilleul, teinture de cannelle, sirop d'écorces d'oranger), du café noir et du bouillon. Le pouls, la chaleur et les forces se relevèrent graduellement, mais lentement, et le malade vécut encore après ce retour à la vie. Ici, c'est par la circulation que la vie fut menacée; dans le cas suivant, bien que le cœur fût primitivement affecté, c'est par les poumons que la vie faillit s'éteindre.

Obs. V. En 1841 je donnais des soins, conjointement avec deux honorables confrères, au général C., affecté de maladie du cœur avec anasarque. Un soir, nous trouvâmes le malade dans un état d'agonie confirmée : perte de connaissance, face décomposée, cyanosée, sueurs froides, râle trachéal très-anxieux, mouvements convulsifs, pouls filiforme, etc. Nous jugeâmes tous trois qu'il n'avait que quelques instants à vivre. Déjà l'un de mes confrères s'était retiré, lorsque, par acquit de conscience, je priai l'autre de pratiquer quelques scarifications sur les membres inférieurs, qui étaient considérablement infiltrés. Notre confrère s'y prêta par complaisance, et nous nous retirâmes en adressant des consolations à la famille. Quel fût mon étonnement lorsque, le lendemain matin, on vint me dire que le général désirait me voir! J'y courus et le trouvai complétement ressuscité, ne conservant aucun souvenir de la nuit qu'il avait cru passer dans un sommeil paisible, ce qui, par parenthèse, doit rassurer sur les angoisses que paraissent éprouver certains agonisants, qui, j'en suis convaincu aujour-

d'hui, n'en ont pas la perception. Mais les scarifications avaient coulé avec une abondance telle, que la couche du malade était traversée de sérosité, qui ruisselait sur le plancher. Les membres s'étaient désenflés et la garde-malade nous raconta que, graduellement, la respiration s'était dégagée, le pouls, la chaleur avaient repris, l'intelligence était revenue, etc. Le malade n'en mourut pas moins réellement huit jours après, mais enfin il était une fois sorti d'une véritable agonie.

Les lésions organiques du cœur donnent parfois lieu à des accidents rapides, avec turgescence sanguine, qui réclament des secours d'un autre genre ; exemple :

Obs. VI. Un homme de vingt-cinq ans, de constitution forte, sanguine, jardinier de son état, vint à la Clinique, en 1837, affecté d'un rétrécissement de l'orifice aortique, avec hypertrophie générale du cœur. Il était sujet à des accès de dyspnée avec imminence d'asphyxie, dont le débarrassaient de petites saignées et quelques révulsifs. Il arriva qu'un de ces accès, plus intense et plus rebelle que les autres, se produisit avec sentiment profond d'angoisse et de terreur : face livide, vultueuse, pouls petit, intermittent, respiration stertoreuse, extrémités froides, en sorte que les assistants jugèrent la mort prochaine, inévitable. La saignée, les sinapismes ayant échoué, j'avisai, dans ce cas extrême, à un moyen d'une énergie proportionnée à l'imminence du danger, et je fis couvrir les quatre membres de ventouses scarifiées, au nombre d'une centaine environ ; bientôt, sous l'influence de cette vaste révulsion, la poitrine se dégagea, le pouls recouvra sa régularité et sa largeur habituelles, et le malade fut sauvé. Deux fois, à quelques semaines d'intervalle, je conjurai par le même moyen ces accidents formidables, mais le malade succomba à une troisième attaque survenue pendant la nuit, à la suite d'un acte d'intempérance.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA POSSIBILITÉ DE RÉDUIRE LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS ET DU FÉMUR, COMPLIQUÉES DE FRACTURE DE CES OS.

Par M. RICHET, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours, agrégé à la Faculté, etc.

(Suite et fin) (1).

Un chirurgien de Castelnaudary, M. Charry, ayant eu l'occasion d'observer un cas de fracture de l'humérus à son tiers supérieur avec

(1) Voir la livraison du 15 juillet, pag. 18.

luxation de l'épaule du même côté, et ayant en vain tenté la réduction de la luxation, se résigna à traiter la fracture et à attendre, selon les préceptes admis par les classiques, que cette dernière fût consolidée, pour tenter de nouveau de replacer la tête dans la cavité.

Toutefois, sentant combien était fâcheuse la position de son malade, il écrivit au rédacteur en chef de l'Union, pour demander conseil, et il appelait principalement l'attention des chirurgiens sur cette question : « Est-il plus convenable de tenter par un moyen *quelconque* la réduction avant ou après la guérison de la fracture ? »

Le Conseil de rédaction, par l'organe de M. le docteur Forget, dans un article savamment et longuement motivé, répondit que : « Si le « chloroforme est pour le chirurgien appelé à réduire une luxation « simple un auxiliaire puissant, son intervention, lorsque celle-ci, « comme dans l'observation de M. Charry, est compliquée de frac- « ture, ne saurait être d'aucune utilité; car alors c'est bien moins la « résistance musculaire qui s'oppose à la réduction, que l'absence d'un « bras de levier suffisant pour agir sur l'extrémité de l'os luxé et le « replacer dans ses rapports naturels avec la cavité glénoïde du sca- « pulum. »

Lorsque parut cet article (22 novembre 1851), mon malade était depuis longtemps déjà guéri ; aussi regrettai-je beaucoup de n'avoir pas publié plus tôt son observation, qui aurait pu servir de réponse aux questions posées par M. Charry. Mais il n'était plus temps de songer à cette réduction immédiate, la lésion du malade de M. Charry remontant déjà à plusieurs semaines ; je résolus donc d'attendre quelques mois encore, afin de compléter mes expériences et le travail que j'avais commencé sur ce sujet.

Quoi qu'il en soit, cette consultation chirurgicale, qui présente un résumé fidèle des livres classiques, et qui ne donna lieu alors dans la presse à aucune polémique, peut être par cela même regardée comme l'expression de ce que pensent sur ce sujet les chirurgiens de nos jours. C'est donc en partie contre ce que ces conclusions renferment de trop absolu que je vais diriger les quelques réflexions qui vont suivre.

Les raisons invoquées par les auteurs pour déclarer impossible la réduction immédiate des luxations des extrémités supérieures de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture, peuvent se résumer ainsi :

1° Le fragment supérieur, jeté hors de la cavité articulaire, est recouvert et enveloppé de tous côtés par des muscles épais et puissants, convulsivement contractés, le plus souvent sans que le malade puisse maîtriser ces contractions irrégulières, de telle sorte que l'os luxé

échappe à toute action directe, à toute pression immédiate efficace, lesquelles rendent possible et même facile la réduction des luxations qui affectent les articulations superficielles, recouvertes seulement par la peau.

2° Ce même fragment luxé, que la fracture a séparé du reste de l'os, auquel il ne tient plus que par des débris fibreux, ou des portions musculaires insérées à la fois sur les deux fragments, échappe, par cela même, aux efforts de traction ou de rotation à l'aide desquels on opère la réduction des luxations simples.

Ainsi, impossibilité d'agir, soit directement, soit indirectement, sur le fragment luxé, voilà les deux raisons qui, suivant les auteurs, s'opposent invinciblement à la réduction.

Certes, s'il en était ainsi, il faudrait, en effet, renoncer à tout jamais à l'espoir de guérir les malheureux atteints de luxation avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ou du fémur, car en dehors de ces deux procédés de réduction de toute luxation, il est difficile d'en concevoir d'autres; mais j'espère démontrer que s'il est réellement impossible, comme je le pense également, d'agir sur le fragment supérieur luxé par l'intermédiaire du corps de l'os, c'est-à-dire par les tractions, on peut réussir par ce procédé de réduction, que j'appellerais volontiers *par coaptation*, à cause de son analogie avec celui qu'on met en usage généralement pour réduire les os fracturés, ou mieux encore *par refoulement*, en raison des pressions dont le but est de repousser, de refouler la tête dans sa cavité. Le raisonnement, l'expérimentation sur le cadavre et l'expérience clinique seront mis à profit pour arriver à cette démonstration.

Parmi les causes qui s'opposent à la réduction des os luxés en général, on a plus spécialement noté la puissance musculaire, la résistance des tissus fibreux, les inégalités et saillies des os. Il faut examiner brièvement la part de difficulté que chacune d'elles peut apporter à l'emploi du procédé que je propose.

Il n'est pas besoin, je pense, de rappeler toutes les preuves qui démontrent combien est à la fois fâcheuse et efficace l'intervention de la contraction musculaire dans la production des luxations, combien surtout est désastreuse sa puissante influence lorsqu'il faut les réduire : c'est là un fait si bien établi, qu'il est permis de dire, sans exagération, que de tous les obstacles c'est le plus redoutable. J'espère démontrer bientôt que, celui-là levé, les autres peuvent être sinon facilement surmontés, du moins éludés.

Les chirurgiens de tous les temps paraissent avoir bien senti de quelle importance il serait d'annihiler la puissance musculaire. Aussi

les voyons nous chercher toutes sortes de moyens pour en triompher : les uns saignent les malades jusqu'à la syncope, d'autres administrent l'opium à très-haute dose, ou bien agissent sur le moral du malade par l'intimidation et l'apostrophe, ou bien encore, par l'ingurgitation rapide d'une grande quantité de vin capiteux, veulent obtenir cette ébriété rapide, résolutive des forces musculaires, qui, pour le dire en passant, se rapproche singulièrement du mode d'action des anesthésiques.

De son côté, Ritt prétend avoir réduit facilement une luxation de l'humérus en comprimant l'artère axillaire, et Thomas Moore dit avoir suspendu la sensibilité et la motilité dans le membre inférieur, en comprimant les nerfs sciatique et crural.

Dans la note consultative adressée au docteur Charry, le rédacteur de l'Union médicale paraît avoir perdu de vue un instant ce grand fait; car, quoiqu'il reconnaisse que le chloroforme anéantit l'action musculaire et rend de très-grands services dans la réduction des luxations simples, il ajoute que : « Lorsqu'il s'agit de luxations avec fracture de l'os luxé, il ne peut être d'aucune utilité, car c'est bien moins alors la *résistance musculaire* qui s'oppose à la réduction que *l'absence d'un bras de levier* suffisant pour agir sur l'extrémité de l'os luxé et la replacer dans ses rapports naturels avec la cavité glénoïde du scapulum »; et plus loin : « D'une part donc les solutions de continuité de l'humérus, et d'autre part l'extrême brièveté du fragment supérieur, qui rend celui-ci inaccessible à toute puissance extensive, ne permettent pas de recourir utilement à *un procédé quelconque* de réduction. »

Ces objections, que je trouve très-logiques et parfaitement placées dans la bouche de Boyer et des auteurs auxquels l'action des anesthésiques était inconnue, je ne les comprends plus de la part d'un chirurgien familiarisé avec les propriétés et les usages du chloroforme.

Selon M. Forget, ce qui empêche de pratiquer la réduction, c'est bien moins la résistance musculaire que l'absence d'un long bras de levier; mais ce bras de levier qui vous manque, qu'en voulez-vous donc faire? Y appliquer les forces extensives, sans doute? Or, je le demande, à quoi bon ces extensions, puisque l'action musculaire, ainsi que vous le déclarez vous-même, est annihilée? Serait-ce donc pour lutter contre les tissus fibreux ou les inégalités des plans osseux? Mais ce sont là des obstacles purement passifs, qui n'offrent que très-rarement une résistance sérieuse, ainsi que je vais le démontrer bientôt, et qui, dans tous les cas, n'exigent nullement un déploiement de forces aussi considérable. Il vous suffira donc, pour réduire, je ne dirai pas même de saisir, mais d'atteindre, d'*accrocher* la tête, pour la refouler dans sa cavité par le chemin qu'elle s'est frayé pour en sortir.

Qu'on veuille bien remarquer, toutefois, que je ne prétends point qu'il ne puisse être plus commode d'avoir à sa disposition un bras de levier long et solide pour la dégager; non sans doute; mais ce que je veux démontrer, c'est que du moment où l'action musculaire est anéantie, ce n'est plus là, contrairement à l'opinion des auteurs classiques et, après eux, de M. Forget, une condition indispensable, pas plus que l'extension et la contre-extension, qui ne peuvent avoir d'autre but, je le dis formellement, que de lutter contre la contraction musculaire.

On objectera peut-être que s'il est vrai que les muscles ne soient plus contractés et qu'ils n'opposent plus à la rentrée de l'os une résistance active, ils n'en présenteront pas moins une couche plus ou moins épaisse à travers laquelle il deviendra très-difficile d'agir sur la tête luxée, laquelle, arrondie, glissante, très-mobile, échappera facilement à des tentatives dirigées nécessairement d'une manière un peu incertaine?

Cette objection peut paraître, au premier abord, très-fondée; mais je ferai observer que si, pendant leur contraction, les plans musculaires, par suite du raccourcissement de leurs fibres, acquièrent une grande rigidité et une grande épaisseur, au contraire, en l'absence de toute contractilité, ils s'aplatissent et semblent s'amincir de telle sorte, que, frappés d'ailleurs d'inertie complète, ils ne sauraient offrir un obstacle d'interposition réellement bien redoutable. J'ajouterai, d'ailleurs, que c'est là une objection toute théorique, et qui ne peut conserver aucune valeur en présence des faits cliniques et des expérimentations cadavériques qui vont suivre.

Mais si le chloroforme annihile entièrement l'obstacle le plus redoutable à la réduction des luxations, l'obstacle actif, il n'a, il faut bien le reconnaître, aucune action directe, au moins sur ceux qui n'offrent à la rentrée de la tête qu'une résistance purement passive; je veux parler des tissus fibreux et des inégalités osseuses.

On a, je crois, beaucoup exagéré l'influence des tissus fibreux, et surtout elle n'a pas toujours été bien comprise. Il peut se faire, a-t-on dit, que dans quelques cas, rares il est vrai, la capsule se déchire longitudinalement dans le sens de ses fibres. Si alors les deux lèvres de cette *boutonnière,* ainsi qu'on l'a nommée, viennent à se resserrer sur le col de l'os luxé, elles opposent à la réduction un obstacle d'autant plus insurmontable que les tractions sont plus énergiques, les tractions ayant pour effet inévitable de rapprocher l'une de l'autre, en les tendant, ces deux lèvres de la fente capsulaire.

On pourrait d'abord demander si jamais le fait anatomique sur le-

quel s'appuie tout ce raisonnement a été démontré. Quant à moi, je n'en connais point d'exemple ; et j'ai eu, soit pendant mon internat, soit pendant le temps que j'ai passé à l'Ecole de médecine, en qualité d'aide d'anatomie et de prosecteur, plusieurs fois occasion de voir ou de disséquer moi-même des luxations récentes, j'en ai très-souvent effectué sur le cadavre, et j'ai toujours vu que l'ouverture par laquelle la tête s'échappe de la capsule est très-large, sans forme régulière, que les bords en sont dilacérés et ne peuvent en aucun cas opposer à la rentrée de la tête un obstacle sérieux.

Mais je vais plus loin, j'admets le fait comme démontré, et je demande si l'on n'a pas bien plus de chance de réduction par le procédé du *refoulement* qui, n'usant d'aucune extension, a au moins le mérite de ne point fermer la boutonnière, d'éluder par conséquent la difficulté, tandis que par les tractions, plus on déploiera de force, plus invincible sera l'obstacle à la rentrée de la tête.

Il est vrai de dire, toutefois, que si l'étranglement de la tête par une *boutonnière* n'existe pas, les tissus fibreux peuvent, dans certains cas qu'il faut spécifier, offrir des difficultés quelquefois insurmontables par certains procédés de réduction : ainsi, dans certaines luxations du fémur, il peut arriver que, quelque large que soit la déchirure, le col fémoral qui, en raison de son insertion à angle presque droit sur la diaphyse, représente un véritable crochet, vienne se mettre à cheval, s'accrocher pour ainsi dire sur un des bords de la déchirure capsulaire, de telle sorte que le bourrelet que forme la tête se trouvant retenu par cette espèce de cravate fibreuse qui l'entoure à sa base, il ne reste presque aucune chance de la dégager par des tractions, quelque puissantes qu'on les suppose. Celles-ci, en effet, luttent non plus contre des forces musculaires actives qu'on peut surmonter par le déploiement de forces supérieures, mais contre une résistance passive, telle que l'extension, poussée jusqu'aux limites compatibles avec la prudence, ne saurait en triompher.

Dans les expériences que j'ai tentées sur le cadavre et que je rapporte plus loin, j'ai constaté deux fois cette disposition, qui doit être assez fréquente. Que faire dans ce cas? Tourner la difficulté, au lieu de s'obstiner à l'attaquer de front ; c'est alors que l'on voit réussir, là où avaient échoué les puisssances extensives, ce procédé que notre collègue M. Desprès a remis en honneur, et qui consiste à imprimer au fémur des mouvements de rotation ; j'ai essayé également, dans ce cas, le procédé du *refoulement*, après avoir, au préalable, scié le fémur au-dessous des trochanters, pour me mettre dans les conditions d'une luxation avec fracture de l'os, et j'ai réussi plus facilement en-

core que pour l'humérus, à cause de la surface plus grande que m'offrait le grand trochanter.

Je n'ai pas observé que pareille disposition anatomique se soit jamais présentée pour les luxations de l'humérus, mais je n'hésite pas à dire que dans ce cas le procédé que je préconise aurait, comme pour les luxations du fémur, plus de chances de réussir que le procédé des tractions directes.

Resteraient enfin les cas si rares dans lesquels un tendon ou quelques autres débris fibreux n'appartenant pas à la capsule et interposés entre la tête et la cavité articulaire gêneraient la réduction : n'est-il pas encore de toute évidence qu'on s'enlèverait toute probabilité de réussite par des tractions qui n'auraient d'autre résultat, en soulevant de plus en plus la corde tendineuse, que de repousser l'os luxé au lieu de faciliter sa rentrée ?

En résumé donc, l'obstacle provenant des tissus fibreux étant purement passif et les forces extensives étant au moins inutiles pour en triompher, il n'est nul besoin d'avoir à sa disposition un levier osseux pour la réduction des luxations qui offrent cet obstacle ; il suffira de pouvoir agir directement sur l'extrémité luxée ; je dirai plus, il sera souvent préférable d'avoir recours à ce dernier moyen, l'intervention musculaire étant d'ailleurs complétement annihilée.

Quant à la difficulté qui peut résulter des inégalités osseuses, elle n'a réellement d'importance que dans le cas où la puissance musculaire conserve toute son énergie, et c'est ce qui m'a fait dire précédemment que le chloroforme n'a qu'une action indirecte sur cet obstacle. Supposons, en effet, que la tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, vienne se placer, comme dans les luxtions sous-scapulaires, sur le rebord antérieur de la cavité glénoïde, de telle sorte que les tubérosités humérales s'engrènent et s'accrochent sur son pourtour : cette application des surfaces osseuses ne peut avoir lieu d'une manière continue et complète que par la contraction plus spéciale du sous-scapulaire et des sus et sous-épineux ; aussi, du moment où la résolution musculaire est complète, la tête humérale devient mobile, et rien ne s'oppose plus à ce que, poussée dans une direction convenable, elle reprenne sa position normale; et si, pour surmonter cette légère résistance occasionnée par l'inégalité des plans osseux, il doit être plus commode de disposer d'un long bras de levier, on devra avouer cependant que le *refoulement* direct sera dans tous les cas bien suffisant.

Les expériences qui suivent vont mettre, j'espère, ces vérités dans tout leur jour. Dès l'année 1846, faisant à l'École pratique des démonstrations publiques d'anatomie chirurgicale et de médecine opéra-

toire, j'effectuais sur le cadavre des luxations dans le but de décrire ensuite les procédés de réduction , et j'étais toujours étonné de la facilité avec laquelle elles se réduisaient rien qu'en portant la main dans le creux de l'aisselle. Procédant alors à la dissection et trouvant la capsule largement déchirée, imbu que j'étais des idées dominantes à cette époque, je crus que cette facile réduction tenait à l'absence d'obstacle de la part des tissus fibreux; mais ayant eu depuis l'occasion de rencontrer de pareilles lésions anatomiques dans les cas de luxations récentes survenues pendant la vie, je me pris à douter, et j'annonçai dès lors que l'absence de toute contraction musculaire pourrait bien être la seule raison qui rendait si facile le replacement des os luxés sur le cadavre.

J'avais complétement abandonné ces expérimentations, lorsque le fait que j'ai rapporté plus haut me fit songer de nouveau à étudier pratiquement la question. Je renouvelai donc mes expériences; et les résultats obtenus concordent si parfaitement avec ceux de 1846, que je crois devoir les résumer d'une manière générale en une seule phrase : *Pour réduire sur le cadavre une luxation de l'humérus, quelle qu'elle soit d'ailleurs, il suffit de porter la main dans l'aisselle et, par des pressions directes, de repousser la tête dans la direction de la cavité glénoïde.* N'est-il pas évident qu'il y a ici plus que de l'analogie entre le résultat de ces expériences sur le cadavre et celui que j'ai obtenu sur mon malade, et n'est-il pas possible de conclure *ici* du cadavre à l'homme vivant, mais plongé par les anesthésiques dans une résolution musculaire telle, qu'on peut le considérer sous ce rapport *perinde ac cadaver ?*

D'après ces faits, j'étais porté à croire que les choses devaient se passer de la même manière pour les luxations de l'extrémité supérieure du fémur. Je voulus néanmoins en avoir la preuve. Il est infiniment plus difficile, et, sur quelques sujets, il est réellement impossible d'effectuer des luxations de la hanche; cependant, après plusieurs essais infructueux, je réussis, et voici ce que j'observai : Dans un premier cas, après avoir fléchi la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, j'imprimai un mouvement de rotation en dedans, rapide et exagéré, à l'aide du levier coudé représenté par la jambe fléchie sur la cuisse, tandis que des aides maintenaient le bassin fixé sur la table ; un craquement se fit entendre, c'était le ligament rond qui se déchirait. Je portai alors fortement dans l'adduction forcée le membre fléchi; un nouveau et plus fort craquement se produisit, et la tête du fémur, sortant de sa cavité, vint se placer sur le rebord supérieur et externe de la cavité cotyloïde avec tendance à remonter dans la fosse iliaque

externe, lorsque l'on rapprochait le membre luxé de celui du côté opposé. Dans cette position, la pointe du pied était tournée en dedans, avec impossibilité de la ramener en dehors; le membre était raccourci de près de 3 centimètres, et le grand trochanter couché et fortement incliné en avant; enfin, la tête fémorale, parfaitement appréciable à la partie supérieure et externe de la hanche, ne laissait aucun doute sur l'existence d'une luxation en haut et en dehors.

Ceci bien constaté, et faisant soutenir le membre, pour ne pas être gêné par son poids, j'entrepris la réduction par le même procédé qui m'avait si bien réussi pour la luxation de l'épaule; mais, après plusieurs efforts complétement inutiles, je dus y renoncer. Toutefois, je ne me regardai pas encord comme battu; mais avant d'entreprendre la dissection, pour me rendre compte des obstacles qui m'avaient empêché de réussir, je voulus essayer la réduction par le procédé ordinaire, par les tractions : nous ne pûmes pas même ébranler la tête.

Fléchissant alors la cuisse et mettant le membre à peu près dans la position qui m'avait servi à produire le déplacement, puis imprimant quelques mouvements de rotation, nous entendîmes tout à coup le claquement caractéristique. La luxation était réduite, tous les symptômes avaient disparu. Je reproduisis alors la luxation et je procédai à la dissection.

La capsule était largement déchirée à sa partie externe et supérieure; la tête, sortie par cette ouverture, était venue se placer sur la face externe de l'os iliaque; sa face interne, qui donne attache au ligament rond, tournée en arrière; le col couché sur la partie postérieure du rebord cotyloïdien; le grand trochanter incliné en avant; le ligament rond était rompu; mais toutes les fibres postérieures de la capsule, qui constituent un très-fort ligament, avaient résisté, et, ramassées, formaient une corde ligamenteuse puissante, tendue, qui, lorsqu'on exerçait des tractions, étranglait, *cravatait* pour ainsi dire le col fémoral et s'opposait invinciblement à la réduction par l'extension.

J'essayai alors, ayant ainsi toutes les parties sous les yeux, d'opérer la rentrée de la tête par les pressions directes; je ne pus y parvenir même en saisissant à nu le grand trochanter; mais je vis alors que c'était le poids du membre, trop lourd à manœuvrer à l'aide d'un bras de levier aussi court, qui m'empêchait de ramener l'os dans la cavité cotyloïde. En effet, sitôt que j'eus fait scier le fémur au-dessous des trochanters, je parvins à réduire avec la plus grande facilité, et sans que le faisceau fibreux précédemment décrit m'apportât le moindre obstacle. Inutile d'ajouter, je pense, que la réduction par le procédé de la rotation avait réussi précisément parce qu'en faisant parcourir à

la tête, pour la ramener dans la cavité, le chemin qu'elle avait pris pour en sortir, on avait évité, éludé, tourné l'obstacle de la corde fibreuse.

Éclairé par cette expérience et la dissection, je luxai sur le même sujet l'autre fémur, et je reproduisis par le même procédé la même variété de luxation. Je pratiquai alors, en faisant une plaie aussi petite que possible, la section du fémur au-dessous des trochanters, puis saisissant le grand trochanter et refoulant la tête en avant et en bas, je ramenai avec facilité et après quelques secondes de tentatives, la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. J'ai depuis répété deux fois encore cette expérience, et deux fois avec le même résultat.

Je ne sais si je m'abuse, mais je crois dans ces expériences m'être placé dans les mêmes conditions où se trouverait un malade atteint de luxation du fémur avec fracture de cet os ; n'est-il pas permis d'espérer, dès lors, que, comme dans le cas de luxation de l'humérus avec fracture dont je vous ai rapporté l'observation, on obtiendrait ici une réduction immédiate? Je ne veux en ce moment tirer de ces faits que cette seule conclusion, me réservant de revenir plus tard sur plusieurs points que je regarde également comme très-importants. Voilà donc, messieurs, l'expérimentation sur le cadavre qui vient confirmer les données théoriques et concorder parfaitement avec l'observation des faits cliniques.

Mais pour que la démonstration fût complète, irréfragable, pour qu'elle entraînât la conviction dans les esprits, il fallait que l'on ne pût pas m'objecter que le seul et unique succès que j'avais obtenu sur le vivant pouvait bien n'être que l'effet d'un heureux hasard ; il fallait, en un mot, que ce que l'on pouvait regarder comme l'exception fût démontré être la règle.

Peu importait, pour la démonstration de cette vérité, que la luxation fût ou non compliquée de fracture; du moment où je pouvais réduire sur le vivant l'humérus luxé, mais non fracturé, par de simples pressions directes et sans me servir du levier osseux pour exercer des tractions, il devenait de toute évidence qu'*à fortiori* cela serait possible l'os étant brisé, puisqu'on serait débarrassé de l'obstacle que le poids du membre, ainsi que l'ont démontré les expériences précédentes, apporte aux manœuvres de réduction.

J'attendais donc avec impatience l'occasion de répéter ces tentatives sur le vivant, lorsque le 25 du mois de décembre suivant les internes m'annoncèrent, à la visite du matin, qu'il était entré dans nos salles, la veille au soir, une malade âgée de cinquante-huit ans, forte et bien musclée, qui s'était, dans la journée, luxé l'épaule gauche. La luxation

était simple; la tête logée dans la fosse sous-scapulaire n'était qu'assez difficilement accessible, et la malade, exaspérée par la souffrance et la crainte, se prêtait très-peu à l'examen. Les muscles de l'épaule étaient d'ailleurs dans un état de contracture permanente.

J'annonçai à MM. Goupil et A. Dufour, mes deux internes, et aux autres élèves du service qui m'avaient vu réduire la luxation avec fracture de l'humérus, et auxquels j'avais fait part de mes idées à ce sujet, que j'allais tenter la réduction par le même procédé, c'est-à-dire en accrochant la tête avec les doigts portés dans l'aisselle et sans exercer la moindre traction. L'expérience était décisive. La malade fut plongée dans l'anesthésie la plus complète, et une fois la résolution bien constatée, je fis soutenir et élever simplement le bras pour en alléger le poids; alors, tous les doigts des deux mains portés dans le creux axillaire, les deux pouces placés sur l'acromion pris comme point d'appui, je cherchais à ramener la tête dans la cavité glénoïde par des pressions dirigées dans le sens du déplacement, lorsque, après quelques secondes de tentatives, nous vîmes tout à coup et brusquement la tête soulever le deltoïde et reprendre sa position normale.

Grande fut ma satisfaction, et je ne crois pas exagérer en disant que la conviction de tous ceux qui m'entouraient fut aussi complète que possible. Inutile d'ajouter que la malade sortit une douzaine de jours après, se servant fort bien de son membre. Depuis cette époque, trois fois encore j'ai renouvelé les mêmes tentatives, toujours couronnées de succès, et la dernière fois, en présence de mon ami M. le docteur Richard, chirurgien du Bureau central, pour lequel je crois pouvoir dire que la démonstration fut complète.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir légitimement conclure :

1° Que, contrairement à l'opinion universellement adoptée, les luxations de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'os luxé, peuvent et doivent être réduites immédiatement, et la fracture, ainsi ramenée à l'état de simplicité, être traitée comme les autres solutions de continuité de l'os;

2° Que, pour opérer cette réduction, il faut que le malade soit plongé dans l'anesthésie la plus complète, afin que l'action musculaire soit entièrement annihilée, et que de tous les agents anesthésiques, le chloroforme paraît être jusqu'ici le mieux approprié;

3° Que l'expérience clinique, le raisonnement, l'expérimentation sur le cadavre, s'accordent à démontrer que la puissance musculaire étant le principal et pour ainsi dire le seul obstacle à la rentrée de l'os, lorsqu'elle est anéantie il n'est point nécessaire, pour opérer la réduction d'une luxation récente, simple ou compliquée, de disposer d'un bras

de levier plus ou moins long pour y appliquer des forces extensives ; qu'il suffit alors d'exercer directement sur l'extrémité luxée des pressions qui refoulent la tête dans la cavité articulaire ;

4° Que, dans les cas très-rares où les tissus fibreux forment obstacle à la rentrée de la tête dans sa cavité, c'est à ce procédé *du refoulement* qu'il faut avoir recours de préférence, comme plus rationnel et plus efficace que l'extension ;

5° Enfin, que si le procédé de l'extension doit rester comme méthode générale pour le traitement des luxations sans fracture, il faut reconnaître cependant que le procédé du refoulement lui sera toujours, même dans ces cas, un puissant auxiliaire, et de plus, que seul il est applicable, à l'exclusion de l'extension, dans le traitement des luxations compliquées de fracture de l'os luxé. Richet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR L'ŒNANTHE PHELLANDRIUM.

On doit se rappeler que nous avons publié (tome XLIII, p. 171), une note dans laquelle M. Hutel, pharmacien à Lyon, signale à l'attention des médecins la présence, dans l'œnanthe phellandrium, d'un corps huileux qu'il considère comme le principe actif de cette plante. L'étude des propriétés de ce corps a porté M. Hutel à placer la phellandrie parmi les agents stupéfiants; aussi recommande-t-il aux praticiens d'employer cette substance avec beaucoup de prudence.

Depuis la publication de cette note, M. Chapoteau, pharmacien à Decise, a adressé à la Société de pharmacie une notice dans laquelle il cherche à prouver que M. Hutel a employé pour faire ses expériences des semences de ciguë aquatique au lieu de semences de phellandre, et que le commerce de la droguerie, etc., livre toujours des graines de *cicuta virosa* au lieu de graines de l'*œnanthe phellandrium*. M. Chapoteau appuie son opinion en donnant la description des caractères qui distinguent ces deux semences, et en disant que les semences de phellandre sont toniques et fébrifuges et qu'elles ne sont nullement stupéfiantes.

La Société de pharmacie chargea M. Cadet-Gassicourt d'étudier cette question. Nous allons extraire du travail de M. Cadet tous les faits essentiels, et les présenter comme les conclusions de son rapport.

Les fruits de l'*œnanthe phellandrium* du commerce et ceux des pharmacies sont bien des semences de phellandre.

Les graines de *cicuta virosa* ne peuvent être confondues avec les graines de l'*œnanthe phellandrium*.

La ciguë aquatique est extrêmement rare à Paris ; le phellandre au contraire y est très-commun.

Les faits annoncés par M. Hutel sont positifs.

La graine que M. Chapoteau emploie pour de la graine de phellandre n'a aucun des caractères qui appartiennent à l'*œnanthe phellandrium*, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette graine ne présente pas tous les caractères qui ont été signalés par M. Chapoteau.

Cette plante est rampante à sa base, sa hauteur ne dépasse pas généralement 0m50, et la grosseur de sa tige est celle d'une plume à écrire. Les fruits ont des côtes saillantes et aiguës, sans vallécules à canaux résinifères. Le style est fortement réfléchi en dehors et le calice n'est pas denté. Elles répandent, lorsqu'on les triture dans un mortier, l'odeur du cerfeuil et de l'angélique.

Le phellandre, au contraire, a une tige dressée, qui atteint quelquefois 2 mètres, et qui prend souvent, à sa base, un développement considérable. Le fruit a des côtes peu marquées et arrondies ; les vallécules ont un seul canal résinifère. Les styles sont ordinairement dressés ou peu réfléchis en dehors ; le calice a cinq dents persistantes et les semences répandent une odeur vireuse et poivrée lorsqu'on les triture dans un mortier.

Nous ajouterons que pour appuyer son rapport d'autorités irrécusables, M. Cadet-Gassicourt a consulté M. A. de Jussieu et M. le docteur Gustave Richard, son neveu, et qu'il a étudié les graines de phellandre et celles de ciguë aquatique dans l'herbier de M. Achille Richard, avec des échantillons récoltés par ce célèbre professeur. Il est donc impossible maintenant de contester les faits avancés par M. Cadet-Gassicourt ; d'ailleurs M. Cadet a prié M. Baptiste Lhomme, jardinier très-instruit du jardin botanique de l'Ecole de médecine, de semer les graines de M. Chapoteau, et, si cette ombellifère n'est pas bisannuelle, nous connaîtrons bientôt le nom de la plante qui est employée par M. Chapoteau. Lorsque cette plante sera connue, nous publierons les formules des préparations toniques et fébrifuges vantées par ce pharmacien.

LIQUEUR ANTISYPHILITIQUE DE M. MAHER.

PR. Iodure mercurique.........	1,00	grammes.
Iodure potassique..........	1,20	grammes.
Eau distillée..............	748,00	grammes.

M. Davin, qui a publié cette formule dans le Répertoire de pharmacie, conseille d'opérer la solution de l'iodure mercurique de la manière suivante :

Délayez le bi-iodure de mercure avec quelques gouttes d'eau, en le triturant rapidement dans un mortier de verre; ajoutez 100 grammes d'eau, puis versez, pour dissoudre complétement l'iodure mercurique, une quantité suffisante d'un soluté concentré d'iodure potassique.

On commence par administrer 7 grammes de ce soluté, on augmente la dose jusqu'à 25 ou 30 grammes, et l'on suit, lorsqu'on veut terminer le traitement, la progression décroissante, 30, 25, 20, 16, etc.

Ne voulant pas discuter tous les faits signalés dans la note de M. Davin, nous allons nous contenter de faire remarquer que si cette solution était dosée de manière que chaque gramme contînt *un milligramme* d'iodure mercurique au lieu de 0,00133, etc., les médecins sauraient toujours ce qu'ils prescrivent; tandis qu'il est impossible qu'ils sachent, sans faire un calcul, ce que 7 grammes de cette solution représentent d'iodure mercurique. Nous ajouterons que ce soluté est aussi bien préparé lorsqu'on se contente de triturer les deux iodures dans un mortier et de verser l'eau par parties que lorsqu'on suit le procédé de M. Davin; et nous ferons observer qu'il est inutile d'augmenter d'un cinquième la proportion de l'iodure de potassium pour dissoudre l'iodure de mercure, puisque ce composé binaire est entièrement soluble dans l'eau lorsqu'on emploie un poids d'iodure de potassium égal au sien.

Lorsqu'on veut augmenter la proportion d'iodure de potassium, il faut en employer une quantité telle, qu'elle puisse empêcher les liquides contenus dans nos organes de précipiter l'iodure mercurique.

SIROP ALBUMINEUX OU DE BLANC D'OEUF.

Nous sommes heureux de pouvoir dire que l'albumine conservée avec le charbon a obtenu dans le commerce un grand succès, et que chaque année il s'en exporte à l'étranger. Mais comme les blancs d'œufs sous cette forme ne peuvent être administrés aux malades, nous avons cherché un autre moyen de les préparer.

On sait que la fécondité des poules est interrompue pendant la mue, qui a lieu à la fin d'octobre jusqu'en février, et qu'à cette époque les œufs, par leur rareté, acquièrent, dans les villes telles que Paris et Londres, un prix très-élevé. C'est pour obvier à cet inconvénient, que nous proposons de préparer, en temps convenable, le sirop dont voici la formule :

Blancs d'œufs frais.................. 250 grammes.
Sucre blanc pulvérisé................. 500 grammes.

Mêlez et agitez de temps à autre, pendant trois ou quatre heures ; chauffez au bain-marie, en n'élevant pas la température au delà de 70 degrés ; passez au travers d'un blanchet.

Ce sirop devient translucide par le refroidissement ; sa clarification s'opère de bas en haut.

La quantité de sucre que nous prescrivons n'est pas absolue ; elle varie quelquefois ; cela dépend, nous le pensons, de la fluidité des œufs ; le point essentiel est de laisser très-peu de temps ce sirop en contact avec la chaleur. La saveur du sirop de blanc d'œuf est fade; on la rend agréable par l'addition de quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger ou de tout autre aromate.

Le thérapeutiste peut prescrire à haute dose le sirop albumineux, en boisson ou en lavement, pur ou mêlé à l'eau, pour combattre les diarrhées aiguës, ou pour arrêter les effets toxiques des sels de cuivre ou de mercure ; car, dans ce dernier cas, l'albumine, comme l'a constaté M. Lassaigne, forme avec les sels métalliques des combinaisons insolubles.

Le pharmacien et le confiseur pourront également se servir de ce sirop pour clarifier le sucre, de même qu'il peut être employé pour le vin. STANISLAS MARTIN.

PRÉPARATION DU CHLOROPHOSPHURE DE MERCURE.

Nous avons déjà constaté qu'il était possible de faire une combinaison de chlore, de phosphore et de mercure, en versant dans une teinture éthérée de phosphore une dissolution de sublimé corrosif.

Nous donnons un autre procédé moins dispendieux, et tout aussi prompt.

Mettez dans un flacon qui bouche en verre 30 grammes de deutochlorure de mercure réduit en poudre impalpable, 120 grammes de teinture éthérée de phosphore préparée selon le Codex ; fermez le flacon, agitez.

La température de ce mélange s'élève jusqu'à 20 degrés au-dessus de zéro.

Après trois jours de contact, on décante l'éther et on le remplace par une nouvelle quantité d'éther phosphoré. Le mélange alors change de couleur; de blanc qu'il était, il devient jaune-citron; on répète trois à quatre fois l'échange de l'éthérolé de phosphore, on filtre et on laisse sécher à l'air libre.

On s'assure que ce nouveau composé ne contient plus de deuto-

chlorure de mercure en le traitant par l'alcool rectifié, qui dissout le sel soluble et que l'on reconnaît au moyen de l'azotate d'argent. Si le chlorophosphure de mercure, car tel est le nom que je donne à ce nouveau sel, contenait du phosphore non combiné, on peut l'en débarrasser par un simple lavage dans l'éther sulfurique rectifié.

Le chlorophosphure de mercure est jaune, insoluble dans l'alcool, l'éther et l'eau; cependant l'eau change sa couleur, il devient d'un brun foncé.

L'ammoniaque, l'eau de chaux, le sous-carbonate de potasse, de soude, les acides minéraux, le décomposent; mis sur les charbons ardents, il s'y décompose en répandant une vive lumière et une odeur alliacée.

On peut déterminer la quantité du phosphore employé, en se basant sur ce fait que 120 grammes d'éther dissolvent 8 décigrammes de phosphore; et en multipliant les quantités diverses d'éthérolé, on pourra apprécier au juste la composition de ce produit.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES SUR UN CAS DE FIÈVRE PERNICIEUSE CHOLÉRIFORME, ET SUR LA MÉDICATION QUINIQUE DANS CES SORTES DE FIÈVRES.

Dans une pratique médicale qui ne compte pas moins de quarante-sept années d'exercice, c'est le troisième cas de cette espèce de fièvre que j'ai eu l'occasion d'observer. Donnons-en d'abord l'histoire sommaire, nous l'accompagnerons ensuite de quelques réflexions.

Obs. Jeanne Lapierre, cuisinière à Saint-Sever, âgée de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, ayant franchi depuis cinq ans, et sans orage, le temps critique, fut inopinément prise, le 8 février 1853, vers une heure de l'après-midi, de déjections alvines d'une excessive fréquence, d'abord stercorales, puis séreuses, semblables à de l'eau, suivant le dire de la malade et des assistants; mais si abondantes, qu'on les évaluait à douze litres au moins dans l'espace de deux heures qu'elles durèrent. On eût dit l'évacuation continue et involontaire d'un lavement. Nulle douleur ne les accompagnait; seulement, il y avait des menaces de défaillance. Un vomissement simultané d'un liquide analogue à celui des évacuations alvines accompagnait celles-ci. Bientôt se déclarèrent des crampes très-douloureuses, dans les jambes surtout. Un froid général coïncidait avec ces symptômes, et vers trois heures la malade, qui avait inondé tous les lieux de son passage, fut

obligée de s'aliter ; on ne manqua pas de crier au choléra, et la population s'en émut.

C'est alors que je fus appelé. J'avais avec moi mes deux fils, jeunes docteurs récemment arrivés, et je les rendis témoins de ce cas. Voici l'état de la malade à ma visite :

Décubitus en supination, peau froide, voix voilée, tout à fait cholérique, pouls entièrement nul, suppression de l'urine, crampes aux jambes et aux bras, arrachant des cris, raideur des doigts. Ces symptômes graves, qui d'abord nous effrayèrent, surtout par l'absence complète du pouls, étaient contrebalancés, atténués par les signes négatifs suivants : facies peu altéré, nullement cholérique ; intégrité des fonctions de l'entendement et des sens, parole libre, respiration aisée, battements du cœur et des carotides bien perçus par l'auscultation, abdomen souple et insensible au palper le moins circonspect, langue nette, molle, nullement froide. Malgré l'abaissement de la température de l'universalité de la peau, le froid n'était pourtant pas glacial comme dans la période algide du choléra asiatique. Les évacuations avaient cessé.

Les moyens de caléfaction, tels que serviettes chaudes, frictions sèches répétées, sinapismes volants, furent mis en usage. La cessation du pouls persista jusqu'à huit heures du soir, c'est-à-dire pendant sept heures environ. Alors une consolante réaction se manifesta ; la chaleur revint peu à peu, et le pouls se fit enfin sentir. Vers dix heures, le battement de l'artère radiale et l'élévation progressive de la température mirent en évidence le caractère décidément fébrile. Ils vinrent imprimer à cet ensemble de symptômes son cachet nosologique de *fièvre pernicieuse cholériforme*, et ranimer ma confiance thérapeutique par le souvenir des deux cas analogues de vingt années de date que je mentionnerai tout à l'heure. Dès le déclin du paroxysme, je fis administrer un gramme de sulfate de quinine en pilules de 10 centigrammes chacune, prises de quart d'heure en quart d'heure. Là se borna tout le traitement.

Le lendemain et le surlendemain se passèrent sans le moindre symptôme morbide ; la sécrétion urinaire se rétablit ; la chaleur de la peau et le pouls étaient rentrés dans l'état normal ; six jours après, la malade avait repris ses occupations culinaires, et depuis lors il n'y a pas eu la plus légère récidive.

Réflexions. — Dans l'automne de 1832, j'avais eu à traiter, ainsi que je l'ai déjà insinué, deux cas d'une semblable maladie, et je leur avais opposé, avec un égal succès, la même médication. J'en publiai l'histoire *in extenso* dans le Journal hebdomadaire de médecine, etc.,

tome XII, 1833; mais alors l'épidémie de choléra asiatique exerçait ses ravages sur divers points de la France; elle s'était avancée jusqu'à Bordeaux, où je m'étais empressé d'aller l'étudier; elle fit même plusieurs victimes aux pieds de nos Pyrénées. Cependant, à cette époque, lorsque je pouvais être préoccupé, et à juste titre, de quelque ressemblance de ces deux cas avec le hideux choléra, je me prononçai formellement sur leur nature, et par ma dénomination j'assignai en quelque sorte la place de cette affection dans le cadre nosologique.

Je cherchai vainement alors, comme aujourd'hui, dans mes livres tant anciens que modernes, un exemple d'une semblable maladie; je n'y en ai trouvé aucun. La fièvre pernicieuse *cholérique* de Torti, caractérisée par un débordement de bile par haut et par bas, tel qu'on l'observe parfois en été dans nos contrées, ne saurait avoir avec notre fièvre pernicieuse *cholériforme* qu'une analogie illusoire d'épithète.

Dans les réflexions qui suivirent l'exposé des deux cas de cette fièvre en 1833, je m'efforçai d'établir leurs traits spécifiques différentiels avec le choléra asiatique légitime et avec la fièvre pernicieuse cholérique de Torti. Ces traits sont pour le premier, sinon le type intermittent, du moins l'intermission, et pour la seconde la nature séro-floconneuse des évacuations.

Cependant M. le professeur Bouillaud, un des corédacteurs du Journal hebdomadaire précité, ne partagea pas mes idées nosologiques sur ce point, et, dans une note insérée à la suite de mes observations, « il considéra ces deux cas comme rentrant réellement dans quelqu'une des catégories du vrai choléra-morbus. » Si le savant professeur avait à se prononcer aujourd'hui sur ce troisième cas manifesté en dehors de toute influence rationnelle de choléra asiatique, il modifierait sans doute sa manière de voir. A mes yeux, le cas actuel vient puissamment justifier le nom de *cholériforme* donné à une espèce nosologique qui trouve naturellement sa place dans la série des fièvres pernicieuses des auteurs.

Je n'ignore point que l'on peut rigoureusement me contester l'existence d'une fièvre intermittente, puisque je ne n'ai pas attendu un second accès. J'avais prévu et combattu cette objection dans mes observations de 1833. Qu'on me permette d'en citer ce passage : « Je me contenterai d'en appeler sur ce point à la pratique éclairée de mes confrères. Lorsqu'une maladie fébrile débute *ex abrupto* par une période de froid qui se prolonge au delà du terme ordinaire, en s'accompagnant de symptômes insolites et graves; lorsque ceux-ci, après huit à dix heures, déclinent, puis cessent entièrement pour faire place à

un état apyrétique complet, je le demande, n'est-il pas plus que probable que cet ensemble de symptômes ne demeurera pas isolé, et qu'il se renouvellera, au contraire, le surlendemain du jour de son apparition ? Lorsque nous possédons un médicament dont la propriété antipériodique est devenue une vérité incontestable, un médecin pénétré de ses devoirs peut-il demeurer observateur passif de la marche de la maladie et attendre, comme au temps d'Hippocrate, qu'un autre accès, peut-être mortel, vienne lui révéler le type intermittent tierce ? » Et quel praticien à longue expérience n'a pas vu, dans sa clientèle ou dans celle de ses confrères, la mort survenir en effet au second accès d'une fièvre pernicieuse grave, lorsque des documents insuffisants ou tardifs n'ont pas permis d'être fixé sur la nature du mal ! Hélas ! j'en ai cité dans mes observations de 1833, un exemple bien remarquable, bien douloureux, survenu dans la famille d'un estimable confrère.

Dans le cas actuel de fièvre pernicieuse cholériforme, le lecteur aura sans doute remarqué que, malgré sa gravité, je me suis borné à une seule dose de sulfate de quinine, et en cela ma thérapeutique s'éloigne des habitudes ordinaires et même de celle que j'employais il y a quelques années. Je tiens à justifier ma pratique à cet endroit.

Avant la découverte de la quinine, on sait que le quinquina en substance et en poudre était employé contre les fièvres intermittentes, et après qu'on avait fait *sauter* l'accès, on poursuivait l'administration du fébrifuge à doses fractionnées ou décroissantes pour détruire, disait-on, le génie du mal jusque dans ses racines. Moi, qui suis du vieux temps, de l'école des Pinel, des Corvisart, etc., je suivais *in verbo magistri*, ces mêmes errements. Alors, comme aujourd'hui, ces fièvres étaient récidivantes, surtout quand on ne pouvait pas fuir le foyer du mal. Il fallait donc revenir et aux doses principales et aux doses auxiliaires de quina.

Depuis l'heureuse inauguration du sulfate de quinine, je continuais aussi l'administration de ce sel à petites doses décroissantes, après m'être rendu maître de l'accès. On peut se convaincre que dans les deux cas cholériformes de 1833, je suivais encore cette marche.

Plus tard, frappé du retour des récidives, malgré la médication fractionnée, je me méfiai de ma pratique routinière. En réfléchissant à la propriété, consacrée par l'expérience, de la quinine comme médicament antipériodique, je compris qu'il fallait cette condition du périodisme pour justifier tant soit peu logiquement son administration. Or, quand un paroxysme a été dompté, enlevé, il n'existe plus de périodisme. A quoi bon alors les doses décroissantes, et l'on peut

ajouter insignifiantes, de quinine? J'y renonçai donc, dans l'intime conviction qu'elles ne faisaient de bien qu'à celui qui les vend. J'y voyais en définitive une économie qui, au point de vue général, avait bien quelque valeur. Voilà quinze ans environ que j'ai abandonné cette pratique, et je ne me suis point aperçu que les récidives aient été ni plus ni moins fréquentes. D'après ce principe, confirmé par une longue expérience, je me suis abstenu, dans ce cas grave de fièvre pernicieuse cholériforme actuelle, de répéter les doses auxiliaires de quinine. Or, près de trois mois se sont écoulés depuis ce traitement, et, je me plais à le répéter, il n'y a pas eu l'ombre d'une récidive.

Mais en médecine, les préceptes absolus sont rares. Pour prévenir les objections que l'on pourrait adresser à ce semblant d'absolutisme de ma thérapeutique, je viens déclarer que lorsque les fièvres intermittentes récidivent, soit au premier, soit au second septénaire, le moindre symptôme de ce retour me trouve armé de la quinine, et en l'administrant à une dose médiocrement élevée à la chute de l'accès initial, j'étouffe dans son germe l'explosion paroxystique.

Léon Dufour, D. M.
à Saint-Sever (Landes).

UN MOT ENCORE SUR LE TRAITEMENT DE L'ANASARQUE PAR LA DIÈTE SÈCHE LACTÉE ET L'OIGNON.

Les soupes au lait réveillent avec raison les espérances de bien des malades. De tous côtés je reçois des lettres de confrères qui me demandent des renseignements sur ce traitement, et plus particulièrement sur l'usage de l'oignon. Dans l'impossibilité où je me trouve de répondre immédiatement à toutes ces lettres, je vous prie de mettre, dans votre plus prochain numéro, une petite note indiquant que l'oignon doit être mangé cru, après la soupe au lait, avec un peu de sel et du pain en quantité modérée.

Si la langue est rouge et si le malade est atteint de diarrhée, l'oignon doit être éliminé, et le traitement se borner à trois soupes au lait et à la diète sèche absolue.

A la fin du mois, les résultats de ce simple traitement seront déjà obtenus. Quels qu'ils soient, je vous prie de publier tous ceux qui arriveront à votre connaissance. Pour mon compte, j'ai l'assurance qu'ils viendront confirmer ceux obtenus *in aere aliensi*, et que la thérapeutique sera désormais enrichie d'un précieux moyen de guérison.

Serre,
Correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Alais.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'accroissement de la médecine pratique, par Baglivi, traduction nouvelle par le docteur J. Boucher, précédée d'une Introduction sur l'influence du baconisme en médecine.

On lit peu dans ce siècle, mais on cite beaucoup; et la science actuelle est de l'érudition à la cinquième ou sixième dilution. Baglivi est un des auteurs que l'on met le plus souvent à contribution pour faire étalage de cette érudition facile et de seconde main. Il y a à cela diverses raisons : la principale, c'est que Baglivi était à la fois un homme de beaucoup de bon sens et de beaucoup d'esprit; avec ce grand bon sens, il voyait juste; grâce à son esprit, il revêtait sa pensée de formes qui en protégent le souvenir dans la mémoire des hommes. M. le docteur Boucher, que la tournure particulière de son esprit, plus encore que les circonstances sans doute, a conduit à faire une étude spéciale des ouvrages de l'illustre médecin de Rome, a voulu relever son auteur de prédilection de cette sorte de déchéance, et il s'est efforcé, par une traduction aussi élégante que correcte d'un de ses principaux ouvrages, de faire revivre, dans l'ensemble de sa doctrine, l'homme dont le mâle génie s'est émietté, dans l'esprit de nos contemporains, en quelques sentences qui ne nous en donnent qu'une idée fort incomplète. C'est là une très-noble et très-utile tâche que s'est imposée M. le docteur Boucher; et, pour notre compte, nous l'en félicitons sincèrement; c'est un signe de force que de se placer avec des hommes forts.

Mais avant de parcourir le travail du médecin distingué de Dijon, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot du titre sous lequel a publié son livre; ce n'est point là le titre de Baglivi. Le titre du livre, tel qu'il est sorti des mains du médecin de Rome, est le suivant : *De praxi medicâ ad priscam observandi rationem revocandâ libri quatuor*. Pourquoi avoir traduit cette formule simple, et qui rend parfaitement la pensée de l'auteur, par ce titre d'un français contestable, *De l'accroissement de la médecine pratique?* L'auteur justifie mal, suivant nous, cette malencontreuse traduction. *De l'accroissement de la médecine pratique!* Est-ce que M. Boucher pourrait me citer beaucoup d'ouvrages ayant trait à la médecine, qui n'aient la prétention de promouvoir la science, de concourir à l'accroissement des ressources, de la puissance de l'art? Sous tous les titres, ce titre est donc sous-entendu : convenant à tous les livres, il n'en peut donc caractériser aucun. Nous savons bien que dans cet ouvrage, où il y a

un peu de verve, Baglivi touche à la question de méthode, et indique les divers obstacles qui, suivant lui, entravent la science dans son progrès; mais de là à formuler la prétention de refaire en quelque sorte l'entendement humain, d'inventer un nouvel instrument, *novum organum*, pour arriver à la découverte de la vérité, il y a loin. Cette prétention fut bien celle de Bacon; elle ne fut jamais celle de Baglivi. En voulez-vous une preuve décisive? Bacon fait table rase sur tout le passé, souvent sans le connaître; Baglivi, au contraire, tout en empruntant au philosophe anglais quelques-unes de ses formules poétiques, tout en s'élevant contre ses idées théoriques dont il saisit la fausseté, se garde bien de briser avec la tradition, dont il surfait même un peu l'autorité, en adoptant trop servilement la doctrine de l'école de Cos. La modestie, ainsi que le découvrent en maints endroits ses ouvrages, n'était point la principale qualité de Baglivi, et soyez convaincus que, s'il avait eu la prétention qu'on lui prête ici gratuitement, la prétention du chancelier d'Angleterre, il ne l'eût pas dissimulée sous la simplicité du titre. Pour nous, nous soupçonnons que M. Boucher a voulu frapper l'attention du public médical par le titre un peu pipé qu'il a mis à la tête de son livre; et, dans notre conviction, c'est trop de modestie; le médecin qui a écrit l'introduction qui précède la traduction de la Médecine pratique ramenée à l'antique méthode d'observation; ce médecin-là n'a pas besoin d'artifice pour se produire; il n'a qu'à se montrer dans sa vérité pour conquérir le suffrage des hommes sérieux.

Bien que peu étendu, c'est, en effet, un remarquable travail que cette introduction. L'auteur s'y propose surtout pour but d'étudier, d'apprécier la méthode de Bacon, comme procédé philosophique pour arriver à la vérité. Pour lui, comme pour plusieurs, la lumière s'est faite sur la portée réelle de cette méthode, qui devait renouveler la face des sciences, et il montre que cette méthode, tout importante qu'elle soit, n'épuise pas l'aptitude à connaître de l'esprit humain. C'est qu'en effet quand on étudie celui-ci, ou dans son action immédiate, ou dans les résultats qu'engendre cette aptitude, on trouve qu'à côté, et même au-dessus de la faculté d'observation, il y a d'autres facultés, qui constituent le fond même de l'intelligence : ***nihil est in intellectu quod non priùs fuerit in sensu...***; NISI INTELLECTUS, dit Leibnitz.

Nous ne savons si parmi les puritains de l'école de Bacon il y en a beaucoup qui aient lu ses livres; ce que je sais, c'est que s'ils se donnaient la peine de les lire, il se pourrait faire que cette lecture en dégrisât quelques-uns de l'enthousiasme de la pythonisse, qui parle tou-

jours *ex tripode*. C'est une chose remarquable, en effet, qu'il n'y a pas un seul auteur au monde dans les ouvrages duquel, à côté des affirmations les plus explicites sur l'infaillibilité de sa méthode pour arriver à la vérité, on trouve une collection plus complète d'erreurs, de niaiseries même. Que le lecteur me permette, pour son édification philosophique, de citer un court passage d'un livre où les idées du réformateur radical des sciences sont profondément scrutées, et où sa nullité comme aptitude scientifique éclate de la manière la plus évidente : « Bacon est un grand exemple dans ce genre (*Philosophorum credula gens*, Sénèq.); il est le modèle de la postérité; sa philosophie presque entière n'est que l'énumération des erreurs humaines : mais l'erreur est comme un brouillard, on n'y voit que les autres. Nous venons d'entendre son traducteur se plaindre que Bacon n'indiquant jamais les sources où il puise ses fables, on ne peut y puiser d'autres petits contes pour éclaircir les siens. Quant à moi, je ne comprends pas la nécessité d'éclaircir des fables de ce genre ; il vaut mieux s'en moquer, et c'est ce que fait le traducteur sans se gêner aucunement. Ainsi, par exemple, lorsque Bacon nous dit, sans le moindre signe d'incrédulité : J'ai ouï dire que dans les Pays-Bas on s'était avisé de greffer un rejeton de pommier sur un trognon de chou, et qu'on avait obtenu par ce moyen des pommes très-grosses et très-fades, etc., le traducteur se contente d'ajouter en note, au bas de la page : Puis la graine de ces choux donna des ortolans, qui, étant greffés sur une huître à écaille, donnèrent une trompette marine. Quand on ne greffe pas sur l'expérience, on ne cueille que des sottises. Et lorsque Bacon, dans ses sublimes conceptions, propose, pour l'amélioration du jardinage, d'arroser des racines avec du vin, M. Lasalle (*le traducteur*), ajoute : Par exemple, arroser des carottes avec du vin de Tokai (1). »
M. Boucher, qui, lui, a lu Bacon, sait parfaitement à quoi s'en tenir sur cette éternelle antinomie de l'infaillibilité de la méthode baconienne et des résultats auxquels arrive l'instaurateur de la science moderne; mais il n'a pas mis suffisamment en lumière, suivant nous, cette constante opposition entre les moyens et les résultats, entre la graine et le fruit, entre l'effort de parturition et le rachitisme du produit. Il est vrai que ce travail était fait et que, sans fausse modestie, M. Boucher a pu penser qu'il devait s'abstenir de le reprendre en sous-œuvre.

Qu'on ne s'imagine pas, toutefois, d'après ce que nous venons de dire, que dans son livre l'élégant traducteur de Baglivi méconnaisse l'importance de l'observation dans les sciences ; ce serait une erreur

(1) Examen de la philosophie de Bacon, par J. de Maistre, t. I, p. 218.

aussi complète que si l'on supposait que nous, qui parlons sans trop nous gêner, comme on voit, du grand-chancelier, nous contestions cette importance. M. Boucher est convaincu que cette méthode a eu une immense influence sur les développements de la science moderne; il est convaincu encore que, bien que, cette méthode, ce ne soit pas Bacon qui l'a inventée, c'est surtout depuis ses travaux, comme il le dit quelque part, qu'elle a eu conscience d'elle-même. Mais là, suivant lui, n'est pas l'unique chemin que suive l'intelligence humaine pour arriver à la vérité; il ne croit même pas que cette voie soit la plus sûre pour arriver à la découverte de vérités nouvelles. En tout ceci, nous l'avouerons, il nous a semblé trouver dans les pensées de l'auteur l'écho de notre propre pensée. Et nous ne disons point cela pour donner de l'autorité au livre, mais tout simplement pour nous féliciter de nous trouver parfaitement d'accord avec un esprit si pénétrant et si juste. Cependant, autant l'auteur nous paraît complet quand il établit la nécessité de l'observation et en même temps son insuffisance comme méthode d'invention, autant il nous paraît manquer de précision, de fermeté, de netteté, quand il s'agit de déterminer comment, sans couver pendant un temps plus ou moins long une série considérable d'observations, l'intelligence parvient à saisir la vérité sous la forme changeante, mobile des phénomènes. Nous savons bien que c'est là la détermination philosophique la plus difficile. Beaucoup d'esprits et d'excellents esprits se sont longtemps évertués à cette tâche, et n'y ont pas complétement réussi. Cependant peut-on dire que de tant des labeurs il ne soit rien sorti qui puisse nous éclairer sur le travail mystérieux du génie? Quant à nous, nous ne le pensons pas. C'est là une question que nous ne pouvons évidemment aborder aujourd'hui, parce que rien que pour la poser il nous faudrait dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous renfermer.

Nous nous contenterons d'une simple remarque sur ce point. Quand M. le docteur Boucher vient à toucher lui-même cette question, capitale au point de vue où il la place, il prononce les noms de théorie, système, idées *à priori*, principes, illumination soudaine de l'intelligence, etc.; mais quand il parle de toutes ces choses, de toutes ces grandes choses, nous ne savons pas si les idées qui leur correspondent dans son esprit sont toujours parfaitement nettes et bien arrêtées. C'est en toute humilité que nous soumettons à notre savant confrère cette observation. Quand, à son entrée dans la carrière scientifique, on a débuté d'une manière aussi brillante que vient de le faire M. Boucher, on n'en reste point là. Rousseau dit quelque part que, qui a

une fois pensé dans sa vie, ne s'arrête plus. Il y a du vrai dans cette idée, et nous l'appliquons sans hésiter à M. Boucher; donc, s'il veut continuer à marcher dans la voie où il vient de se produire d'une façon si éclatante, il faut qu'il précise davantage son langage, pour que l'idée que porte celui-ci parvienne à l'intelligence avec plus de netteté, et partant avec plus d'autorité.

Nous nous sommes un peu étendu sur l'introduction remarquable dont notre savant confrère a fait précéder sa traduction : c'est qu'en effet, comme dans le post-scriptum d'une lettre, là se trouve le secret qu'il a voulu nous dire, secret d'une intelligence distinguée, que nous voudrions que tous connussent. Cependant, nous ne pouvons ne pas dire un mot de la traduction d'un des pères de la science moderne. A travers beaucoup de conceptions évidemment fausses et fort douteuses, on trouve dans l'ouvrage de l'illustre médecin de Rome une grande quantité de remarques qui, aujourd'hui, ont leur valeur, et qu'il est bon de jeter de nouveau dans le courant de la science moderne. Bien que Baglivi soit mort fort jeune, on sent, à le lire, que cet homme avait acquis à l'école d'une courte expérience une netteté de coup d'œil, une sagacité qui ne sont d'ordinaire que le fruit tardif d'une lente expérience. C'est que ces facultés de l'esprit sont antérieures à celle-ci, et même s'en passent quelquefois. Baglivi, dans son livre, parcourt presque toute la gamme de la science; et là, partout, il émet souvent des idées justes, fécondes, et presque toujours au-dessus du niveau de son temps; mais il faut séparer l'ivraie du bon grain. Au point de vue de la pratique proprement dite, la science diagnostique est naturellement de beaucoup dépassée aujourd'hui, et il en est de même de la science des indications. Pourtant, sur ce dernier point surtout, nous sommes convaincu que l'étude du livre que vient de traduire M. Boucher deviendra une source d'enseignements utiles pour qui s'y livrera avec attention, et une connaissance suffisante de la science contemporaine. En un mot, en rappelant l'attention du public médical sur un médecin qui a aussi bien mérité de la science que l'éminent médecin de Rome, M. le docteur Boucher a fait une œuvre utile, et il a doublé l'intérêt de cette œuvre par le commentaire plein de bons sens et de science sérieuse dont il l'a accompagnée.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Accidents provoqués par l'inhalation du chloroforme. — Insufflation de bouche à bouche. — Guérison. — En attendant que le moment soit venu de résumer la discussion qui se poursuit au sein de la Société de chirurgie, nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits qui portent un enseignement pratique incontestable. L'observation suivante de M. Boinet vient compléter la communication de M. Ricord, que nous avons publiée en son temps.

«Aux faits d'insufflation de bouche à bouche signalés par notre savant collègue M. Ricord (*Bull. de Thérap.*, t. XXXVII, p. 394), je vais en joindre un autre que j'ai observé avec notre confrère le docteur Lorne, et qui diffère sur quelques points, du reste, de ceux de M. Ricord. Ainsi, notre collègue pense qu'il a sauvé ses malades parce qu'il a pratiqué l'insufflation immédiatement, dès le début des accidents : nous croyons avec lui que ce moyen est, de tous ceux proposés jusqu'à présent, celui qui est le meilleur, le plus efficace, le plus expéditif, celui qu'on a toujours à sa disposition ; mais nous pensons, d'après ce que nous avons vu, que ce moyen peut encore être utile lorsqu'il est mis en usage plusieurs minutes après les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. Notre habile collègue pense encore que lorsque l'insufflation réussit, le retour à la raison est rapide, instantané : le fait que j'ai observé n'a pas présenté ces phénomènes d'instantanéité du retour à la raison.

Il y a environ deux mois, je fus appelé auprès d'une dame qui était dans des douleurs pour accoucher. Cette dame, âgée d'environ vingt-neuf à trente ans, est mal conformée ; elle a une déviation de la colonne vertébrale, et par suite une obliquité considérable du bassin; elle est chétive, de mauvaise constitution. Devenue enceinte, la famille se préoccupa de savoir si l'accouchement à terme serait possible. M. Jacquemier fut appelé vers la fin du septième mois, pour examiner le bassin et savoir s'il ne serait pas prudent de recourir à un accouchement prématuré. L'examen apprit que l'accouchement pouvait avoir lieu à la rigueur, mais qu'il serait probablement difficile. Le terme de la grossesse fut donc attendu. Les douleurs se déclarèrent et eurent d'abord une marche régulière ; la tête descendit assez promptement dans le petit bassin ; mais arrivée au détroit inférieur, elle ne put le franchir et demeura à la même place pendant six ou sept heures. Les forces de la malade, qui souffrait depuis quinze heures, étaient épuisées, les douleurs ralenties ; il était évident que cette dame ne pourrait accoucher sans les secours de l'art. Plusieurs fois déjà le

forceps avait été proposé ; mais la malade ne voulait consentir à son application qu'à la condition qu'elle serait endormie par le chloroforme. L'état de faiblesse générale, l'épuisement où elle était, sa conformation particulière qui devait apporter de la gêne aux organes de la circulation et de la respiration, de plus une bronchite assez intense qui datait de plusieurs semaines : tout me faisait résister aux instances de la malade et de la famille. Il fallut enfin céder.

Tout avait été disposé pour l'application du forceps. Assisté de mon confrère, M. le docteur Lorne, je versai 7 ou 8 grammes de chloroforme sur un mouchoir en batiste que j'approchai de la malade, couchée dans une position horizontale, la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

Le mouchoir, placé d'abord à une petite distance du nez, fut peu à peu rapproché, mais sans toucher les narines. Les effets du chloroforme furent assez prompts, et ne déterminèrent aucune excitation. M. Lorne surveillait le pouls, et je ne perdais pas de vue les mouvements respiratoires.

Aussitôt l'insensibilité complète obtenue, je confiai le mouchoir au mari, avec ordre de le remettre sous le nez si je le lui disais, et j'appliquai le forceps, ce qui fut facile, la malade étant dans la résolution la plus complète. Mon confrère surveillait toujours le pouls.

Après plusieurs essais de traction avec le forceps faits sans résultat aucun, la malade fit quelques mouvements, poussa quelques cris et allait probablement se réveiller, lorsque je priai le mari de lui remettre le mouchoir sous le nez. L'insensibilité eut lieu de nouveau, et j'en profitai pour terminer l'accouchement. Le mari, préoccupé comme nous de l'application du forceps et vivement ému de la position de sa femme, avait laissé le mouchoir sous le nez, et ne l'avait ôté qu'au moment où la tête franchissait le détroit inférieur, malgré la recommandation que je lui avais faite de l'ôter aussitôt que sa dame paraîtrait ne plus rien sentir ; d'ailleurs, le pouls et la respiration que M. Lorne était chargé de surveiller n'avaient pas cessé d'être sensibles. Cette nouvelle application du chloroforme n'avait pas duré deux minutes. Débarrassé du forceps, je m'empressai d'extraire l'enfant, lorsque M. Lorne m'avertit qu'il ne sentait plus le pouls... Extraire l'enfant, couper le cordon, le remettre à une personne préparée pour le recevoir, ne fut que l'affaire d'un instant ; en même temps que je portais l'accouchée sur son lit pour la placer dans une position plus horizontale, je fis ouvrir les deux fenêtres de l'appartement (il était cinq heures du matin, et l'air était froid). Plus de pouls, plus de respiration, *plus de battements du cœur* à l'oreille appliquée sur la poitrine ; résolution complète de tous

les membres ; face pâle, lèvres décolorées ; tous les signes de la mort... Jeter de l'eau froide à la figure, sur la poitrine, sur le ventre ; faire respirer du vinaigre ordinaire, des sels, brûler des allumettes soufrées sous les narines, frapper dans les mains, à la plante des pieds,... tout fut inutile... Toutes ces manœuvres durèrent plus de cinq minutes ; deux fois, pendant ces cinq minutes qui me parurent des siècles, je déclarai au mari et à un confrère qui le croyait comme moi, que la malade était morte ; enfin, ne sachant plus que faire, en désespoir de cause et pour l'acquit de ma conscience, je fis l'insufflation de bouche à bouche : ce moyen resta sans résultat tout d'abord... L'air que je poussais dans la bouche de cette femme soulevait ses joues, qui s'affaissaient aussitôt que je cessais cette insufflation. Fatigué de l'insufflation, je fis apporter un soufflet ; mais ce moyen n'eut aucun résultat, et me parut tout à fait inutile, car l'air ressortait aussitôt, la bouche de la malade n'étant pas hermétiquement fermée comme cela a lieu lorsqu'on fait l'insufflation de bouche à bouche. Dans la crainte qu'on ne m'accuse de ne pas faire assez et d'abandonner trop vite cette malade, plutôt que dans l'espoir de la rappeler à la vie, je revins encore une seconde, une troisième fois aux insufflations de bouche à bouche, que je faisais de toute ma force, pendant que mon confrère Lorne pressait sur le ventre et la partie inférieure du thorax pour imprimer des mouvements au diaphragme et au thorax, et réveiller les fonctions des poumons, si faire se pouvait. Enfin, un mouvement à peine sensible, un mouvement que je ne puis mieux comparer qu'au dernier soupir d'un mourant, eut lieu, mais ne fut pas suivi immédiatement d'un second. Il se passa plusieurs secondes. Je continuai les insufflations pendant que M. Lorne continuait ses manœuvres ; mais je continuai ces insufflations, persuadé que cette inspiration que je venais d'observer était plutôt la dernière de la malade que le retour à la vie. Le pouls et le cœur paraissaient toujours ne pas fonctionner. Une seconde inspiration eut lieu, puis une troisième, une quatrième, avec moins d'intervalle qu'il n'y en avait eu entre la première et la seconde ; elle était sauvée. Enfin la malade se réveilla, absolument comme tous les autres malades, à la suite des inhalations du chloroforme. Son réveil fut lent et progressif. Lorsqu'elle fut tout à fait revenue, elle fut délivrée. Les suites de couches ont été très-heureuses, et aujourd'hui la mère et l'enfant, qui était une petite fille, se portent parfaitement bien.

Tel est le fait que nous avons observé, le docteur Lorne et moi. Peut-être dira-t-on que cette dame est revenue seule d'un état aussi inquiétant et sans le secours de l'insufflation et des autres moyens employés ; mais si l'on admettait ce principe, il faudrait en conclure qu'en

pareilles circonstances il faut se dispenser de tout soin, et attendre que les malades en reviennent s'ils doivent en revenir, car autrement tout secours serait inutile.

Évidemment, chez cette malade, la vie n'était pas éteinte, mais elle a été arrêtée, suspendue, pendant plusieurs minutes; les organes vivaient encore, mais ils ne fonctionnaient plus. Si l'on voulait me permettre une comparaison, grossière il est vrai, mais qui, selon moi, pourrait jusqu'à un certain point faire comprendre la position dans laquelle s'est trouvée cette malade pendant plusieurs minutes, je la comparerais à une chandelle qu'on vient d'éteindre; cette chandelle n'est plus allumée, mais il reste encore une mèche qui conserve du feu, de la vie, et ce feu, cette vie, vont disparaître entièrement et promptement si l'on ne s'empresse, par une insufflation brusque, d'exciter le feu qui reste encore, de le ranimer, et enfin de rallumer la mèche.

Influence que la vaccine exerce sur la variole, quand ces deux éruptions marchent ensemble sur la même personne.— Dans le cours des épidémies de variole, il n'est pas rare de vacciner des enfants qui portent déjà en eux le germe de la contagion ; dans ces cas, ainsi que l'ont dit MM. Guersant et Blache, si les pustules vaccinales sont déjà parvenues au sixième ou septième jour lorsque l'éruption variolique se manifeste, les deux éruptions marchent simultanément et la variole prend la forme bénigne de la varioloïde. L'épidémie que nous venons de traverser en a fourni plusieurs exemples qui ont été signalés ; nous avons été, pour notre part, témoin du suivant :

Le 1er mai dernier, Marie Bæcker, âgée de dix ans, fut inscrite au nombre des malades du premier dispensaire. Lorsque nous la visitâmes, le 2, elle était au sixième jour d'une variole confluente ; elle n'avait pas été vaccinée. Trouvant, dans l'unique chambre qui constituait tout le logement de la famille, un petit garçon, âgé de trois ans, nous engageons le père à laisser vacciner cet enfant immédiatement. Sa résistance fut grande ; et, sans la gravité des accidents qui se manifestaient déjà chez sa fille, nous n'aurions pu triompher de ses idées erronées à l'égard de la vaccine. Cet enfant fut donc vacciné le lendemain 3. Le 7, sa sœur mourut. Le 10, quoique la vaccine fût arrivée à son septième jour, ce petit garçon éprouva du malaise, et, le lendemain, une éruption variolique fort discrète se manifesta. Ce fut une varioloïde bénigne, dont toute la durée n'excéda pas quinze jours. Quant aux pustules vaccinales, elles continuèrent leur évolution et accomplirent leur dernière période. Ainsi, dans ce cas, la variole a été évidemment influencée, quant à sa gravité, par la vaccination. Ces faits, en se

multipliant, légitiment la pratique des médecins qui n'hésitent pas à vacciner les enfants placés au sein d'un foyer d'infection varioleuse.

Un mot sur le panaris sous-cutané à la dernière phalange. — Il s'établit assez souvent, tout à fait au bout des doigts, une inflammation sous-cutanée, qui reste confinée dans cette région. Ce n'est pas la tourniole, ce n'est pas non plus le panaris de la pulpe avec ses conséquences (dénudation et nécrose de la phalange), c'est une variété du panaris de l'extrémité des doigts, un panaris entre l'ongle et la pulpe; il ne s'étend pas loin, il reste borné au point où il est né; mais il ne se comporte pas comme les panaris sous-cutanés ordinaires. Quand on l'a incisé, il produit souvent une végétation qui dépasse le niveau de la petite ouverture. Elle est un peu fongueuse, douloureuse, et surtout elle est remarquable par sa ténacité désespérante. M. Velpeau prescrit de se tenir en garde contre cette petite végétation, de la cautériser vigoureusement dans le principe et de la détruire, en allant même au delà de ses limites. A ce prix on la guérit bien; sinon elle devient rebelle, douloureuse, et on ne la fait pas disparaître sans grande difficulté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANUS CONTRE NATURE; *guérison; influence de la position.* L'influence de la position est une circonstance dont il importe de tenir grand compte en chirurgie. Telles guérisons ont souvent été attribuées à des méthodes de traitement ou à des manœuvres opératoires coïncidemment mises en usage, et qui n'ont été dues réellement qu'à l'influence d'une position favorable soit à l'écoulement et à la résorption des fluides morbides qui engorgent un organe, soit à un travail de cicatrisation et de réparation qui exige l'immobilité. Il serait superflu de citer ici des exemples qui se présenteront d'eux-mêmes à l'esprit de tous les praticiens. Nous rappelons seulement qu'il existe dans la science plusieurs faits remarquables de guérisons radicales de hernies à l'aide de la position horizontale longtemps conservée, procédé dont M. Ravin a fait une sorte de méthode spéciale en faveur de laquelle il a cité des observations importantes. C'est le souvenir de ces faits qui a inspiré la conduite que M. le docteur A. Thierry a tenue dans le fait que nous allons rapporter, conduite qu'a couronnée le plus heureux succès.

Une dame, âgée d'une quarantaine d'années, portant depuis 13 ans, du côté droit, une hernie crurale, fut prise, il y a un an, de symptômes d'étranglement à la suite desquels il se forma une tumeur fluctuante, qui s'ouvrit spontanément au bout de 7 à 8 jours, laissant passer les matières stercorales. A la fin d'avril cette dame se présenta chez M. Thierry, dans un état de dépérissement complet. Au fur et à mesure qu'elle prenait quelque nourriture, les matières s'échappaient par l'ouverture anormale située du côté droit, un peu au-dessus de la région crurale. Le pourtour de cette ouverture était rouge et tapissé de fongosités; bref, il était aisé d'y reconnaître un anus contre nature. M. Thierry, après avoir reconnu les deux bouts de l'intestin et l'éperon qui se réduisait

à deux portions de membrane muqueuse très-mince, dont l'une semblait glisser légèrement sur l'autre, se borna à conseiller à cette dame de rester couchée sur le dos dans une position complétement horizontale, sans que la tête fût plus élevée que le reste du corps. La malade resta effectivement pendant un mois couchée sur le dos, sans descendre une seule fois de son lit. La nourriture fut graduellement diminuée, et dans les quinze derniers jours elle ne prenait que du bouillon et de l'eau rougie. Graduellement aussi le cours des matières se rétablit dans le bout inférieur, commençant à diminuer par le bout supérieur. Aucune compression ne fut établie sur l'ouverture de l'anus contre nature. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent furent faites sur les parties fongueuses qui l'entouraient. Au bout de 35 jours l'anus contre nature était arrivé à l'état de fistule stercorale. Très-peu de matières sortaient. On permit un peu plus de nourriture; puis, dans l'espoir d'aider la nature, M. Thierry forma une sorte d'infundibulum avec la peau adjacente. Il saisit deux plis de la peau la plus voisine de la fistule stercorale et les traversa par une suture enchevillée. Pendant huit jours il laissa ces deux points de suture qui, sans détruire la peau, ne faisaient que la rapprocher et donnaient à cette portion qui environnait la fistule stercorale la forme d'un godet où quelques matières venaient séjourner. Graduellement et en très-peu de temps, la quantité de matières diminua; l'opérateur coupa les deux fils qui retenaient les plis de la peau. Celle-ci resta pendant quelques jours en contact, puis se rétracta bientôt. Au fur et à mesure que la peau se rétractait, la quantité des matières qui sortaient auparavant par l'ouverture anormale diminuait sensiblement: dans les derniers jours même, le cours de ces matières avait entièrement cessé.

Le 24 juin, M. Thierry appliqua un bandage sur la petite fistule qui ne laissait plus sortir, dans la journée, que quelques gouttes d'un liquide roussâtre. Il conseilla à la malade de manger à son appétit et de retourner au milieu de sa famille. M. Thierry a pu s'assurer depuis qu'il ne sortait plus rien par l'ancienne ouverture qui était complétement cicatrisée. (*Moniteur des hôpit.*, juillet 1853.)

ASTHME THYMIQUE *guéri par les vomitifs (ipéca), l'oxyde de zinc à l'intérieur, les frictions iodo-belladonées et les bains.* Les cas de guérison d'asthme thymique ne sont pas assez communs pour qu'il n'y ait un grand intérêt à faire connaître dans tous ses détails une observation qui, indépendamment du résultat heureux qui l'a terminée, a cette valeur particulière de se présenter avec toutes les garanties d'authenticité et d'exactitude désirables. Ce sera assez prouver à cet égard, en disant qu'elle est due à M. le docteur Ern. Barthez. Sauf quelques détails superflus pour l'intérêt pratique du fait, nous en empruntons la relation, presque textuelle, au mémoire que M. le docteur Barthez a lu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Un enfant du sexe masculin, venu à terme, présenta, quelques instants après la naissance, de l'embarras dans la respiration et une teinte violette de la face; ces symptômes parurent d'abord fugaces, mais dans le courant de la journée M. Barthez crut s'apercevoir d'un peu de difficulté dans la respiration, qui devenait légèrement plus bruyante aux deux temps, avec coloration plus foncée de la figure toutes les fois que le décubitus était dorsal. Les deux nuits suivantes et le jour intermédiaire ne présentèrent que peu de phénomènes différents.

Au commencement du troisième jour ces symptômes s'aggravèrent. Alors l'enfant ne put plus téter; dès qu'on le mettait au sein, il se retirait, jetait la tête en arrière, devenait violet; puis ouvrant grandement la bouche, il poussait des cris qui étaient immédiatement suivis d'inspirations sifflantes aigües, grêles, assez brusquement arrêtées et séparées par une expiration insonore ou légèrement stertoreuse; quelquefois les inspirations sifflantes se succédaient au nombre de deux ou trois sans expirations intermédiaires, et dans les crises les plus fortes l'œil gauche était porté convulsivement en haut et en dehors. Plusieurs fois, comme on insistait pour le faire téter, il y eut quelques moments pendant lesquels la respiration était tout à fait suspendue. Alors l'enfant restait la bouche ouverte, la tête portée en arrière; le visage se gonflait et se colorait, puis venaient les cris suivis d'inspirations.

A partir de ce moment, et pen-

dant quelques jours, il fut tout à fait impossible de donner à téter, et même de laisser l'enfant couché sur le dos ou le côté ; on devait le tenir presque assis, et il ne pouvait boire quelques cuillerées d'eau laiteuse que dans cette position. Il était placé dans son lit sur un plan incliné presque vertical ; il supportait assez bien le décubitus ventral ; c'était seulement dans cette position qu'il pouvait être couché horizontalement. En outre, il était impossible d'exercer aucune compression sur le ventre ; à la moindre pression l'enfant s'agitait, poussait des cris et était pris d'une crise. La figure et les mains étaient gonflées ; l'auscultation et la percussion du cœur et de la poitrine ne donnent que des symptômes négatifs, le cou n'est pas gonflé, la glande thyroïde n'est pas volumineuse.

Le quatrième jour de la naissance, M. Barthez donne une cuillerée à café de sirop d'ipécacuanha, suivie, après cinq quarts d'heure, de vomissements glaireux assez abondants et d'une selle bien digérée. A la suite il y a un sommeil assez tranquille. Le soir, on répète la prise de sirop, qui est suivie des mêmes effets. En outre, on administre 0,10 d'oxyde de zinc dans les vingt-quatre heures et l'on fait des frictions sur la poitrine avec la pommade d'iodure de potassium additionnée d'extrait de belladone ; enfin, un bain de dix minutes est donné.

Dès le jour même on peut constater une amélioration légère dans tous les symptômes. Outre le sommeil tranquille, les accès de suffocation sont moins longs et moins violents ; dans leur intervalle, il y a un hoquet fréquent.

Jusqu'au septième jour les symptômes allèrent en diminuant ; les crises étaient moins longues, moins fréquentes et moins intenses, et même le sixième et le septième jour il n'y en eut pas. La figure et les mains étaient dégonflées et ne conservaient plus que quelques sugillations violettes. Les fonctions s'exécutaient bien. L'enfant buvait au biberon ou à la cuiller avec assez d'avidité ; il ne pouvait pas encore prendre le sein, parce qu'il était indispensable de le tenir constamment dans le décubitus vertical.

Le traitement (sauf le vomitif) avait été continué jusque-là ; mais le septième jour, on le suspendit ; et la nuit suivante les accidents se montrèrent de nouveau, moins intenses que dans l'origine, mais avec les mêmes caractères. La reprise du traitement (oxyde de zinc, pommade iodée et belladonée, bains), fut suivie d'une amélioration rapide, et le onzième jour les accès avaient de nouveau disparu ; l'enfant dormait presque constamment d'un sommeil tranquille, sa figure était complétement débouffie, il pouvait rester couché sans souffrir, ni témoigner d'impatience. Depuis deux jours déjà il avait pu prendre le sein et tétait avec avidité, lorsque s'étant de nouveau relâché de la rigueur du traitement, en même temps que l'on avait diminué l'alimentation par le biberon pour donner le sein presque exclusivement, il survint un peu de constipation, et le douzième jour les accidents se montrèrent de nouveau et plus intenses qu'à la rechute précédente. Une cuillerée à café d'huile d'amandes douces n'ayant pas amené de garderobe 12 heures après son administration, une seconde détermina 4 à 5 selles, après 36 heures de constipation absolue. Depuis ce moment les accidents diminuèrent d'intensité et s'éloignèrent, puis, à des intervalles irréguliers, se montrèrent de nouveau, cédant dès qu'on faisait prendre un peu de sirop d'ipécacuanha. Pendant ce temps l'enfant se développa et se fortifia. A partir du vingt-cinquième jour après la naissance, il n'y eut plus de crises. Il y avait seulement assez souvent, après les cris ou au moment où l'enfant commençait à téter, une inspiration sifflante ; mais peu à peu ces derniers vestiges de la maladie disparurent eux-mêmes complétement, et au moment où M. Barthez a écrit la relation de ce fait, l'enfant, âgé de quatre mois, ne présentait plus la moindre trace de maladie.

CHLOROFORME (*De l'artériotomie comme moyen de remédier aux accidents du*). Ce n'est qu'avec regret, et pour éviter à nos confrères l'emploi d'une pratique qui nous paraît aussi dangereuse qu'irrationnelle, que nous parlerons, dans ce journal, de l'artériotomie, proposée et mise en pratique par deux de nos honorables confrères, M. Boursault, médecin de l'hôpital de la Châtre, et M. Vergne, médecin de la même ville. Deux mots d'abord sur les circonstances dans lesquelles ces deux médecins ont cru devoir y recou-

rir. Ces messieurs avaient à pratiquer une opération longue et douloureuse sur les organes génito-urinaires d'un homme. Les premières inspirations de chloroforme furent mal supportées par le patient : après quelques aspirations, il s'agita et sembla très-inquiet. Le pouls était encore dans son état normal ; mais tout d'un coup les battements cessèrent. Le malade, qui était assis sur son lit, tomba à la renverse, sa figure s'injecta fortement, la respiration devint haletante, la bouche se remplit d'une écume épaisse et gluante ; le malade ne respirait plus qu'à longs intervalles : la mort semblait imminente. Les inhalations avaient été interrompues aussitôt qu'on avait senti faiblir le pouls ; les veines des deux avant-bras furent ouvertes également : il n'en sortit que quelques gouttes de sang. Le malade paraissait sans vie ; plus de pouls, plus de respiration. MM. Bonrsault et Vergne songèrent à l'artériotomie temporale : le sang sortit lentement d'abord, puis avec une certaine force. A peine s'en était-il écoulé 30 ou 40 gram., que le pouls se rétablit, la respiration reparut et augmenta à mesure que le sang coulait. Enfin, au bout de quelques minutes, le malade avait repris complétement connaissance et tout accident était dissipé.—Tout en professant la plus grande estime pour les deux honorables confrères qui ont pratiqué l'artériotomie dans ce dernier cas, nous ferons remarquer que, si les accidents graves produits par le chloroforme se sont dissipés, ce n'est pas par le fait de l'ouverture de l'artère temporale, mais bien malgré cette opération. Il ne faut pas oublier, en effet, que les accidents occasionnés par le chloroforme se dissipent ordinairement d'eux-mêmes ou par l'usage de quelques pratiques très-simples, telles que l'action de l'air frais, l'aspersion par quelques gouttes d'eau froide, l'inhalation d'un peu d'ammoniaque liquide ; ou bien encore, dans les cas plus graves, en faisant placer le malade la tête en bas et les pieds en haut, ou en comprimant alternativement la poitrine et l'abdomen pour rétablir les fonctions respiratoires. Ce n'est pas, il faut bien le dire, parce que le sang noir congestionne les organes intérieurs que le chloroforme occasionne des accidents graves et même la mort, c'est par son action sur les centres nerveux et par suite sur les fonctions respiratoires et circulatoires (peut-être même le cœur est-il frappé directement par l'action du sang chargé du principe anesthésique). Que pourraient faire, en pareil cas, les saignées veineuses ou artérielles ? Rien, absolument rien ; et si, dans le cas cité plus haut, les artères ont fourni du sang, c'est que les battements du cœur n'étaient rien moins que suspendus. Que l'on eût agi de manière à réveiller les fonctions respiratoires, qu'on eût surtout pratiqué les insufflations de bouche à bouche, que l'on peut considérer aujourd'hui comme l'ancre de salut du médecin dans les cas de ce genre, et le malade fût revenu à la vie avec la plus grande rapidité. (*Journal des Connais. méd.-chir.*, août.)

COXALGIE *traitée avec succès par l'extension continue.* C'est à tort que les chirurgiens n'emploient pas plus souvent l'extension graduelle et continue dans le traitement des tumeurs blanches et, en particulier, de celle de l'articulation de la hanche ou coxalgie. Il y a sans doute une époque de la maladie où l'articulation, enflammée d'une manière aiguë, ne saurait être soumise à l'extension sans provoquer des douleurs extrêmement vives ; mais une fois les premiers accidents conjurés, l'extension reprend tous ses droits et toute son utilité. On évite de cette manière les contractures douloureuses des muscles qui entourent l'articulation malade, contractures qui ajoutent encore à la somme des douleurs éprouvées par les malades ; on assure l'immobilité de l'articulation malade, immobilité qui est sans aucun doute la première condition de la guérison ; on prévient enfin les déplacements qui ne manquent pas de se produire au milieu des positions anormales qu'affecte le membre malade, ou l'on remédie au déplacement déjà produit. Le fait suivant est plein d'intérêt à ce triple point de vue :

Au mois de mars 1850, un jeune garçon, élève du lycée militaire de Candeli, habituellement bien portant et appartenant à des parents sains, mais offrant tous les attributs du tempérament lymphatique, fut pris, sans cause connue, d'une vive douleur dans l'aine gauche, dont il fut débarrassé assez rapidement par quelques calmants. Nouvelle atteinte de cette douleur au mois de septem-

bre suivant, qui céda aux mêmes moyens. La douleur reparut au mois de janvier suivant, plus forte et plus résistante. Elle reparut encore un mois après, et cette fois, force fut d'en venir à des sangsues, des cataplasmes, des purgatifs, etc. Malgré ce traitement, continué suivant toutes les règles, la résolution ne fut pas obtenue. Le malade fut envoyé au mois de juin suivant aux bains de mer; il n'en retira pas grand' chose; car, un mois après, on constatait un allongement du membre malade, lequel, joint à la douleur au niveau de l'articulation et à la douleur de la partie externe de l'articulation du genou, ne laissait aucune place au doute, relativement à l'existence d'une coxalgie.

L'application d'un cautère, les bains de mer, et le repos aussi absolu que possible, firent ce que les bains de mer n'avaient pu faire seuls, et le malade se trouvait très-bien à la fin du mois d'août. Mais des imprudences répétées du malade rappelèrent les accidents à la fin d'octobre, et les choses allèrent si mal, qu'au mois de novembre il fut rapporté de la campagne, couché sur une litière, dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement; de plus, des secousses douloureuses, comme pour porter le membre en haut, tourmentaient le malade et lui arrachaient des cris. Un traitement antiphlogistique très-énergique fut institué; on y joignit des revulsifs intérieurs et extérieurs; le malade s'était bien trouvé d'une légère traction exercée sur le membre, avec immobilité de celui-ci.

Cependant vers le milieu du mois de janvier, le membre inférieur gauche commençait à se raccourcir, et ce raccourcissement était joint à une douleur, tant au niveau du genou dont la flexion était à peu près impossible, que vers le pli de l'aine et à la région iléo-trochantérienne, qui était dure et tuméfiée. Le malade ne ne pouvait faire un mouvement, sans remuer son membre tout d'une pièce; la tête du fémur se sentait en haut et en dedans à la face externe de l'os iliaque, l'articulation coxo-fémorale était empâtée. Un nouveau cautère fut appliqué autour de la hanche, vers le milieu de février; les douleurs furent assez calmées, mais le malade maigrissait toujours par le séjour au lit, et le raccourcissement du membre faisait voir que la luxation déjà produite n'offrirait bientôt plus d'autre ressource que de chercher l'ankylose dans cette situation anormale. Ce fut alors que M. Zannetti qui le traitait, ayant vérifié plusieurs fois que le malade supportait sans douleur une légère traction exercée sur le pied, eut l'idée d'appliquer un appareil à extension continue. Seulement, au lieu de prendre le point d'appui pour l'extension, comme cela se pratique habituellement, sur l'articulation du cou-de-pied, il le prit principalement sur les parties latérales des condyles du fémur, au-dessus du genou, dans le but d'éviter à l'articulation tibio-fémorale des tiraillements qui auraient pu réveiller la douleur dont elle était le siége. La grande attelle avait, en outre, une espèce de fenêtre par laquelle on pouvait panser le cautère. L'application de cet appareil et l'extension continue furent si bien supportées qu'on put l'augmenter de jour en jour, et qu'après quinze jours de ce traitement on eut obtenu l'allongement du membre inférieur gauche et la mise à niveau des deux pieds, par conséquent la réduction parfaite de la tête dans sa cavité. Alors M. Zannetti fit construire pour le malade un appareil mécanique qui lui permit de se lever, en assurant l'extension du membre, et sans que le membre malade supportât le poids du corps. Le malade a parfaitement guéri. (*Gazzetta med. Toscana.*)

ENFANTS A LA MAMELLE (*Affections gastro-intestinales des*). Dans un travail fort considérable et très-important sur les affections gastro-intestinales de la première enfance, désignées par l'auteur sous les noms de ramollissement de l'estomac, de *cholera infantium*, de cholérine, d'inflammation aiguë des plaques de Peyer, d'entérite cholériforme, etc., M. le docteur Rilliet a groupé ces diverses affections sous trois types symptomatiquement distincts, qui répondent parfaitement aux indications thérapeutiques, et qui seront suffisamment indiqués aux praticiens par leur dénomination même, *entérite catarrhale légère*, *aiguë* ou *subaiguë*, *entérite cholériforme* et *entérite cérébrale* ou symptomatique des diverses affections du système nerveux encéphalique. Nous ne rappellerons pas ici la symptomatologie de ces trois types de l'affection intes-

tinale des enfants, mais nous emprunterons au travail de M. Rilliet quelques-uns des préceptes thérapeutiques qui terminent son mémoire et qui nous ont paru devoir trouver place dans ce recueil. Ces préceptes se divisent naturellement en trois groupes, un pour chaque forme de la maladie dont il s'agit.

Forme légère ou entérite catarrhale aiguë. La surveillance de l'hygiène alimentaire et le changement d'alimentation, si celle-ci est jugée mauvaise, est la première base du traitement.

Si les changements d'alimentation ne suffisent pas et que la maladie persiste, on prescrit pendant deux ou trois jours une, deux ou trois prises de calomel, dont la dose varie, suivant l'âge, de deux à cinq centigrammes par prise. Si le calomel, au lieu d'arrêter la diarrhée, l'augmente au contraire, ce qui a lieu le plus souvent, on le remplace par le magistère de bismuth, que l'on donne à doses assez élevées, de un à deux grammes dans les vingt-quatre heures. L'emploi du bismuth est continué avec persévérance jusqu'à ce que le dévoiement s'arrête.

M. Rilliet dit avoir souvent employé avec avantage, quand la diarrhée tend à disparaître, l'extrait de bois de Campêche à la dose de 60 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. On peut le donner encore uni à la teinture de cachou.

Pr. Bois de Campêche... 25 centigr.
Teinture de cachou. 10 gouttes.

Trois fois par jour.

Forme grave, entérite cholériforme. M. Rilliet a quelquefois arrêté la diarrhée et les vomissements au moyen du calomel donné à petites doses, un centigramme deux à six fois par jour; mais lorsque les vomissements et les selles ont lieu coup sur coup, il préfère le nitrate d'argent qu'il donne à la dose de 1 à 8 centigrammes, dissous dans 60 centigrammes d'eau distillée, par cuillerée à café toutes les heures, pendant toute la durée des symptômes graves.

Lorsque les symptômes de la seconde période apparaissent (refroidissement, petitesse du pouls, flaccidité du ventre, etc.), c'est aux toniques excitants et aux révulsifs cutanés qu'il faut avoir recours. Le vin est le tonique auquel M. Rilliet donne la préférence; il emploie aussi l'esprit de gingembre, l'esprit d'ammoniaque, ainsi que l'eau de cannelle, les gouttes d'Hoffmann; il donne le vin d'Espagne ou de Madère par cuillerée et demi-cuillerée à café, tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la gravité du cas. Il fait alterner le vin avec l'usage d'une potion tonique, en même temps qu'il applique un large cataplasme sinapisé sur le ventre et d'autres sinapismes aux extrémités. Quelquefois même il fait envelopper le petit malade de la tête aux pieds dans un linge trempé dans une infusion de moutarde; il l'enveloppe en outre dans une couverture de laine qui fasse bien coller au corps le drap sinapisé. L'enfant est laissé dans cet enveloppement pendant un temps variable, depuis une demi-heure à deux heures, et on le renouvelle une ou deux fois par jour, si la peau n'est pas trop rouge. Enfin, il va sans dire que l'enfant doit être enveloppé habituellement de linges chauds, et l'on placera auprès de lui des cruches d'eau chaude.

Lorsque les vomissements sont supprimés, on reprend l'alimentation ou on en augmente la quantité si elle n'a été que réduite, et l'on fait différents essais de lait et de bouillon de poulet.

Si la diarrhée persiste très-abondante, on prescrit un lavement avec 4 ou 5 gouttes de laudanum.

Les enveloppements de moutarde et l'usage du vin doivent être supprimés dès que la réaction est obtenue.

Entérite cérébrale. Ici, la diarrhée et les vomissements ne jouant qu'un rôle accessoire, et tout le danger étant dans les symptômes cérébraux, c'est le traitement de l'éclampsie qui est indiqué : M. Rilliet conseille en ce cas : 1° l'emploi du calomel à doses fractionnées; 2° les cataplasmes sur le ventre; 3° les bains de son; 4° l'application des sangsues derrière les apophyses mastoïdes, si la crise éclamptique est très-violente et très-répétée; 5° l'incision des gencives; si le cas l'exige; 6° la diète absolue pendant l'état suraigu. (*Gaz. méd.*, juin 1853.)

ÉPULIS OSSEUSE (*Remarques sur une observation d'*). Si l'introduction des recherches microscopiques n'a pas la portée que lui prêtent certains enthousiastes, on ne peut

cependant contester les services qu'elles ont rendus à la pratique chirurgicale, surtout quant au diagnostic et au pronostic de certaines tumeurs de la bouche. Le fait suivant en est un nouvel exemple: Marie Mazières, âgée de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, vient consulter, à Castelnaudary, le docteur Marfau, pour une tumeur qui avait son siége sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Voici les antécédents que rapporte la malade. Il y a dix ans, elle fut atteinte d'une carie dentaire, qui envahit successivement les trois premières molaires. La première et la troisième furent tour à tour détruites par ce mal, sans donner lieu à des souffrances très-vives. La seconde, au contraire, occasionna des névralgies très-intenses. La carie, comme chez les premières, borna ses effets à l'élimination de la couronne; la racine resta. Ce fut au centre de l'alvéole qu'elle vit apparaître, un an après, une petite tumeur arrondie, de la grosseur et de la forme d'une lentille. Elle grossit d'une manière peu sensible pendant environ huit ans; mais après cette période, son volume s'accrut assez rapidement pour devenir inquiétant. La tumeur étant pédiculée, la malade, d'après le conseil d'un médecin, en fit la ligature à l'aide d'un fil de soie; mais peu après sa chute, elle vit le mal reparaître et s'accroître plus rapidement que jamais. C'est un an après cette petite opération que Marie Mazières se présente à M. Marfau. La tumeur offre alors 5 centimètres de large, 4 de longueur, 1 d'épaisseur. Elle est aplatie et divisée en trois lobes; sa couleur est celle de la muqueuse buccale, elle est dure, résistante et très-mobile. Le sinus maxillaire exploré ne présente aucune condition pathologique. La situation de la tumeur, sa forme pédiculée, son développement accidentel à la suite de la carie dentaire, l'absence de douleurs lancinantes, portèrent M. Marfau à penser qu'il avait affaire à une épulis, et à conseiller à cette femme de se laisser enlever sa tumeur, malgré l'avis formulé par deux autres confrères que, cette tumeur étant de nature cancéreuse, il n'y fallait point toucher.

Un seul point de l'opération pratiquée par M. Marfau est à signaler: la tumeur enlevée, ce médecin trouva dans l'excavation alvéolaire un petit corps dur et mobile, qui n'était autre qu'un débris de la racine de la dent molaire, qui fut enlevé avec les pinces. Cette circonstance détermina notre confrère à pratiquer la cautérisation de l'alvéole, en y plongeant un cautère actuel conique. De simples gargarismes d'eau vinaigrée suffirent pour arrêter l'écoulement du sang. Les suites de l'opération furent des plus simples.

La tumeur se composait d'une pellicule assez mince, ayant tous les caractères de la muqueuse buccale. Son intérieur était formé d'un tissu osseux à mailles larges, bien organisé, laissant suinter un liquide blanchâtre assez épais. Le microscope ne montre que des cellules épithéliales. La nature bénigne de ces sortes de lésions est loin d'être établie, et récemment, M. Guersant présentait à la Société de chirurgie un jeune garçon, porteur d'une tumeur semblable à celle de cette femme, mais beaucoup plus considérable et formée par l'hypertrophie de la muqueuse gingivale. Les connexions plus étroites de la tumeur avec le bord alvéolaire ont forcé M. Guersant à avoir recours à une espèce de tenailles tranchantes, qui ont permis à ce chirurgien d'enlever avec la tumeur une partie de la base osseuse sur laquelle elle reposait. (*Ann. cliniq. de Montpellier*, juillet.)

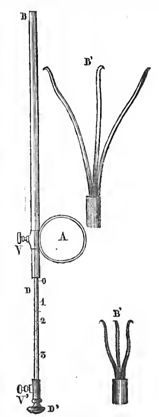
PARAPLÉGIES (*Du traitement de quelques*) : *indications de l'emploi du rhus radicans.* Nous extrayons d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau quelques-unes des indications formulées par ce savant praticien, au sujet d'une des causes les plus communes de la paraplégie. — Quelques paraplégies sont, comme on le sait, d'origine rhumatismale; on les reconnaît particulièrement à la coexistence de douleurs dans les membres, avec la diminution ou la perte des mouvements. M. Trousseau préconise contre cette espèce de paraplégie l'usage de la poudre de belladone; elle lui a fourni un cas de guérison complète et très-rapide en quelques jours. D'autres paraplégies tiennent à ce que Brown appelle l'usure de l'incitabilité, à ce que les pathologistes d'une autre école appellent l'épuisement des forces radicales. Ces paraplégies reconnaissent souvent pour cause la chlo-

rose, l'anémie, les pertes séminales, le coït exagéré, l'onanisme, etc. Les frictions excitantes, la flagellation, l'urtication et les affusions froides, jointes à l'usage des ferrugineux et des toniques amers, tel est l'ensemble des moyens que M. Trousseau recommande dans ces cas. Soit que ces moyens ne réussissent pas, soit qu'on ait affaire à une de ces paraplégies, d'origine obscure et de cause inconnue, il faut avoir recours aux moyens empiriques, au nombre desquels la strychnine occupe le premier rang. Au sujet du dernier ordre de paraplégies, M. Trousseau appelle l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique encore peu connu, le *rhus radicans*, conseillé par Dufrénoy, de Valenciennes, contre les paraplégies dues à la rétrocession des dartres, et dont M. Bretonneau assure avoir retiré de bons effets dans les paraplégies consécutives à des commotions traumatiques de la moelle épinière ou à des affections n'entraînant pas des lésions organiques. On prépare l'extrait avec le suc non dépuré de la plante et on l'administre en pilules de la manière suivante :

Pr. Extr. de rhus radicans..... 5 gram.
Excipient inerte.............. Q. S.

Pour 25 pilules. — On commence par une pilule et on augmente d'une tous les jours jusqu'à ce qu'on soit arrivé à seize. Chez l'enfant, on commence par une pilule contenant 5 centigrammes d'extrait, et on ne dépasse pas la dose de cinquante centigrammes par jour. D'après les expérimentations de MM. Bretonneau et Trousseau, le rhus radicans, sans être d'un effet curatif certain, ni même aisé à préparer, a procuré néanmoins assez de guérisons pour qu'on doive en tenter l'emploi quand les médications rationnelles ont échoué. (*Ann. médico-psychologiques*, juillet.)

PHIMOSIS (*Nouvel instrument pour l'opération du*) *suivant la méthode de la circoncision*. On sait que dans la méthode de la circoncision qui est, en définitive, la seule généralement adoptée aujourd'hui, on a surtout à se préoccuper de la trop grande longueur qu'on laisse à la membrane muqueuse, circonstance qui, indépendamment d'une difformité très-sensible, expose encore à la récidive. Aussi, tous les procédés qui ont été proposés ont eu pour but de mesurer en quelque sorte la quantité de membrane muqueuse qu'il fallait strictement conserver, et l'on connaît les précautions que M. Ricord prend dans le procédé dont il est l'auteur. En faisant connaître un instrument nouveau, destiné à rendre cette opération plus facile,



nous ne nous faisons nullement illusion sur l'inconvénient qu'il y a à ajouter continuellement à la partie instrumentale de notre art, déjà si riche et si encombrée; néanmoins, il s'agit d'un instrument vraiment ingénieux, dont l'invention est due à un chirurgien qui a fait ses preuves depuis longtemps, à M. le professeur Borelli, et nous pensons que nos lecteurs ne regretteront pas que nous le leur fassions connaître.

Cet instrument a pour but, ainsi que le dit M. Borelli, de saisir la membrane muqueuse, un peu en avant de la base du gland, de la soulever fortement en l'entraînant au devant de l'extrémité de celui-ci, et de ménager par là, lorsqu'on incise d'un coup de ciseaux, une portion convenable de téguments, qui aurait été inévitablement sacrifiée dans les procédés ordinaires. Cet instrument, qui est fondé sur le mécanisme de la pince de Hunter, et auquel l'auteur donne le nom d'*érigne à trois crochets*, est composé, comme on le voit dans la planche ci-jointe, de deux parties distinctes mobiles et glissant l'une sur l'autre, dont la plus grande D′ n, indépendamment de la portion renfermée dans toute la gaîne, représente la branche mâle, et l'autre B B′ la gaîne, ou la branche femelle. La fig. 1 représente l'instrument fermé; la fig. 2 l'instrument ouvert avec un écartement de un centimètre de diamètre entre les crochets *b b b*; la figure 3 le montre ouvert dans tout l'écartement de ces mêmes branches, qui correspond à un diamètre de 3 centimètres, diamètre suffisant pour le plus grand nombre des cas chez l'adulte. Nous ajouterons que la fig. 1 représente l'instrument réduit à moitié de son volume naturel; tandis que dans les deux autres, la représentation est exacte et sans réduction. La vis V′ sert à limiter l'espace à parcourir par la branche mâle dans la gaîne, dans le but d'obtenir un écartement déterminé. La vis V est destinée à fixer la branche mâle dans la gaîne, alors que l'on a obtenu l'écartement demandé, afin d'empêcher que dans la traction faite sur la membrane muqueuse du prépuce par les crochets recourbés, la tige soit entraînée en dehors et les branches écartées plus que de raison. Les lignes 0, 1, 2, 3, tracées sur la portion de la branche mâle, qui déborde la canule, indiquent le diamètre de l'écartement des branches. Ainsi à 0, l'instrument est fermé comme dans la fig. 1; à 1°, il est ouvert avec un écartement de $0^m,01$ de diamètre entre les branches, comme dans la fig. 2; à 2°, à 3°, écartement de 2, de 3 centimètres; les lignes intermédiaires indiquent un écartement de 1/2 centimètre.

Voici maintenant en quoi consiste le procédé opératoire : l'instrument est saisi avec la main droite, de manière à ce que l'index et le médius le saisissent au niveau de l'anneau A, dans lequel un de ces doigts s'engage, tandis que l'autre presse sur la vis correspondante; en même temps le pouce appuie sur l'extrémité supérieure de l'instrument D′. On soulève alors fortement en haut le prépuce avec la main gauche d'une part, et on le fait faire de l'autre côté par un aide; puis on introduit dans l'ouverture du prépuce l'extrémité inférieure B′ de l'instrument fermé, en élargissant, s'il le faut, l'ouverture au moyen d'un coup de ciseaux pointus. Ceci fait, l'opérateur presse avec la pulpe du pouce sur la branche mâle, dont les branches *b b b* s'écartent et s'insinuent entre le gland et le prépuce, jusqu'à la profondeur voulue et déterminée par la vis V′. A ce moment l'opérateur, après avoir d'abord fixé la tige au moyen de la vis V, cherche à retirer l'instrument droit devant lui, et les branches recourbées en crochet saisissent la muqueuse du prépuce et tendent à l'entraîner en dehors. Changeant alors l'instrument de main, le chirurgien tire fortement à lui, jusqu'à ce que l'extrémité des crochets dépasse le bout du gland, fait retirer en arrière par un aide la peau du prépuce, si elle est en excès, et coupe d'un seul coup de ciseaux et dans un sens un peu oblique, afin de respecter le frein, tout le prépuce comprise entre les branches écartées et l'extrémité du gland. De cette manière, la membrane muqueuse du prépuce est excisée circulairement, à une profondeur suffisante; le gland reste découvert aux deux tiers, et le prépuce conserve jusqu'à un certain point sa conformation normale. Il ne reste plus qu'à s'occuper de la plaie, que l'on peut traiter simplement par des applications calmantes et réfrigérantes, ou chercher à réunir immédiatement avec les serre-fines de M. Vidal.

M. Borelli signale quelques précautions à prendre dans l'emploi de cet instrument. Ainsi, il faut lui donner, en l'introduisant, une situation telle que le frein se trouve au milieu de l'écartement de deux de ses branches; il faut encore faire grande attention à ne pas engager l'extrémité de l'instrument dans le canal de l'urètre; et pour cela, il faut diriger l'extrémité de l'instru-

ment vers le dos du pénis, ou faire porter fortement le prépuce en haut vers l'instrument, avant d'écarter les branches. Enfin, pour retirer les branches, si par hasard elles étaient accrochées à la muqueuse, il y a deux moyens : ou bien enfoncer davantage l'instrument en arrière, pendant qu'un aide soulève fortement le prépuce, et profiter de cette circonstance pour fermer l'instrument, ou bien entraîner la muqueuse au dehors avec l'instrument, et dégager les crochets isolément avec les doigts. (*Gazzetta med. Sarda.* 1853.)

PNEUMONIE (*Emploi de l'acétate de morphine dans le traitement de la*). Il règne parmi les médecins une certaine défiance à l'endroit des narcotiques dans les pneumonies ; tout au plus si l'on se hasarde à donner quelques centigrammes d'opium ou quelques milligrammes de morphine dans le but de calmer la toux et la douleur. Les préparations opiacées seraient cependant susceptibles de rendre de grands services à une certaine époque de la pneumonie, et un médecin italien, M. Beo, qui vient de publier une note sur ce point important de thérapeutique, formule ainsi l'indication de ce moyen : l'acétate de morphine, dit-il, est utile dans la pneumonie pour combattre cette exaltation de l'irritabilité nerveuse, que l'on calme ou que l'on fait disparaître par l'intervention du sommeil. L'état morbide qui réclame l'emploi de la morphine se présente sous les deux formes suivantes :

1re forme : Le malade, arrivé à la fin du premier septénaire de la maladie, conservant ou non de la fièvre, des crachats sanglants et les autres symptômes pneumoniques, est pris d'une toux sèche impétueuse, suivie de quelques crachats albumineux et sanglants, et, dans le cas où les crachats avaient commencé à devenir cuits et muqueux, ils reprennent le caractère albumineux et sanglant. Sous l'influence de cette toux, la dyspnée augmente, la poitrine reste douloureuse, le malade ne peut goûter un instant de sommeil. Contre cette toux, les saignées, les antimoniaux, les boissons expectorantes, les vésicatoires, la gomme ammoniaque, les solanées vireuses ne peuvent rien. Administrez l'acétate de morphine, le malade s'endort, la toux se calme, la dypsnée diminue, le thorax reste en repos, les crachats redeviennent muqueux ; pendant le sommeil, il survient une sueur bienfaisante ; en se réveillant, le malade se trouve en bon état ; et, plein d'espérance, il voit devant lui la guérison qui ne se fait pas attendre.

Dans la deuxième forme, le malade, après avoir parcouru pendant sept ou huit jours les phases ordinaires de la pneumonie et après l'emploi des moyens thérapeutiques habituels, voit le pouls de dur et vibrant devenir petit et fréquent, la fièvre augmenter à certaines heures du jour, la dypsnée devenir plus intense ; la toux et les crachats ne changent pas, souffle bronchique très-sec, urines rouges, anxiété, agitation ; le malade change à chaque instant de position et ne peut en trouver une qui le soulage ; la figure prend la teinte gris-verdâtre caractéristique de l'hépatisation grise ; une insomnie pénible tourmente surtout le malade. L'administration de l'acétate de morphine produit un sommeil profond ; le pouls, de petit et fréquent, devient large et ondulant ; une abondante transpiration apporte un soulagement des plus marqués ; le malade semble renaître, et l'inflammation qui semblait devoir passer au ramollissement gris, entre en résolution.

Pour obtenir de l'acétate de morphine les effets que l'on désire, il faut, dit M. Beo, s'astreindre aux conditions suivantes : 1° l'acétate de morphine ne doit être employé qu'après avoir mis en usage les saignées, les antimoniaux, les vésicatoires, etc., que réclame la période inflammatoire ; 2° si l'acétate de morphine est indiqué, il est préférable de l'administrer le soir, parce que la nuit est plus propice à un sommeil réparateur ; 3° il faut y revenir tous les soirs, jusqu'à ce que les phénomènes qui en réclament l'emploi se soient dissipés.

Quant au mode d'action de l'acétate de morphine, M. Beo pense qu'il agit surtout en produisant le sommeil, aussi indispensable dans l'état de maladie que dans l'état de santé, et aussi en calmant directement le système nerveux, en diminuant la toux et la dypsnée, en mettant dans un repos relatif l'organe de la respiration. Cette action n'a aucun rapport avec celle exercée par le musc, qui agit à la fois sur l'exaltation nerveuse et sur le système circulatoire,

auquel il imprime le degré de force nécessaire pour amener la résolution du travail morbide ; tandis que dans les cas dans lesquels l'acétate de morphine est indiqué, le système nerveux est seul exalté et le système circulatoire conserve son énergie, qu'il y aurait même imprudence à augmenter.

A l'appui de la pratique qu'il recommande, M. Beo rapporte deux faits, l'un relatif à un vieillard de soixante ans, affecté de pleuro-pneumonie, et parvenu au douzième jour de la maladie, après avoir été traité par huit saignées en cinq jours, à partir du deuxième jour de la maladie, le tartre stibié à dose croissante, un vésicatoire sur la poitrine et deux vésicatoires sur les bras, la gomme ammoniaque et l'extrait de jusquiame. A partir du cinquième jour, il avait commencé à être pris tous les soirs d'une toux sèche violente, avec expectoration peu abondante, albumineuse et sanglante, fièvre vive, peau sèche. Le douzième jour, le malade se sentait accablé ; sa poitrine était déchirée. Cinq centigrammes d'acétate de morphine lui furent donnés dans 125 gramm. d'eau pour la nuit. Sommeil parfait. La toux avait disparu le lendemain, la respiration était naturelle, sueur générale. Le remède fut continué pendant trois jours, à l'approche de la nuit. Guérison parfaite. Dans le deuxième cas, chez une femme de trente ans, atteinte également d'une pleuro-pneumonie, et traitée par quatre saignées en deux jours, le tartre stibié à dose croissante pendant deux jours, puis par le kermès et la scille, le tartre stibié produisant un poids sur l'estomac. Le septième jour, absence de sommeil, mouvements convulsifs de la face, teinte gris-verdâtre du visage, craintes d'une terminaison funeste. La même dose d'acétate de morphine, que la malade prit en une seule fois, de son chef, détermina un sommeil parfait de onze heures, et, en se réveillant, baignée de sueur, le pouls était mou, ondulant, sans fréquence, la toux moins impétueuse ; l'auscultation faisait entendre du râle muqueux. La malade continua l'acétate de morphine tous les soirs jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle elle entra en pleine convalescence. (*Gazzetta med. Toscana*, mars.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus honorables et les plus vénérés, M. le docteur Villeneuve, l'un des collaborateurs du grand Dictionnaire des sciences médicales.

La mort vient aussi de frapper d'un coup cruel notre savant et estimable confrère, M. Blache. Son fils, M. Henri Blache, interne distingué des hôpitaux, a succombé, en trois jours, à une angine couenneuse qu'il avait contractée en donnant des soins assidus à un jeune enfant atteint du croup.

M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie, a été nommé, ces jours derniers, membre de l'Académie de médecine (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale), par 38 voix contre 30 données à son savant compétiteur, M. Ch. Robin. M. Sandras s'était désisté de sa candidature.

Le concours pour l'agrégation (section d'anatomie, de physiologie et des sciences accessoires) s'est terminé mercredi dernier par la nomination de MM. Verneuil et Segond, pour l'anatomie et physiologie, et de MM. Leconte et Orfila pour les sciences accessoires.

En signalant le résultat du concours ouvert par la Société de médecine de Caen, tel qu'il nous était parvenu par voie indirecte, nous nous étions réservé de le compléter dès que le compte-rendu officiel nous parviendrait. Nous le faisons aujourd'hui avec d'autant plus de plaisir que ce concours a été des plus brillants ; aussi, indépendamment de la médaille d'or accordée à M. Lepelletier, de la Sarthe, la Société a décidé qu'un deuxième prix exceptionnel, une seconde médaille d'or, serait décernée à M. Faget, médecin

à la Nouvelle-Orléans. Deux mentions honorables ont été accordées à M. Franclimi (de Sarzana, en Sardaigne) et à M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

Les candidats inscrits pour le concours qui s'ouvrira le 16 août à la Faculté de médecine de Paris, pour une place de chef des travaux anatomiques, sont au nombre de cinq : MM. Dupré, Fano, Giraldès, Jarjavay et Sappey. Les juges sont MM. Cruveilhier, Morcau, Gerdy, Malgaigne, Cloquet, Bérard, Denonvilliers, titulaires; Nélaton, Velpeau, suppléants.

Le choléra continue ses ravages dans le nord de l'Europe. La Suède, la Russie, mais surtout le Danemarck sont la proie du fléau. Au 29 juillet, on comptait en tout à Copenhague 4,759 cas et 2,508 décès depuis le commencement de l'épidémie. Le 28, il y avait 346 nouveaux cas et 184 décès en un jour. Neuf médecins avaient été déjà victimes de leur dévouement. Le choléra règne encore avec une grande violence dans le gouvernement de Kiew et de Tolyw (Russie).

Un bien triste accident vient d'arriver à un de nos confrères distingués de Paris, M. le docteur Giraldès, membre de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté. En pratiquant la section d'un larynx ossifié par l'âge, les ciseaux se sont brisés, et la pointe de l'une des branches est venue frapper l'œil droit. Des accidents redoutables se sont aussitôt manifestés. Malgré les soins empressés de M. le professeur Velpeau, tout fait craindre que la vision de cet œil ne soit perdue.

Deux de nos honorables confrères, M. le docteur F. Thomas, à la Nouvelle-Orléans, et M. T. Gaillardet, à la Havane, viennent de recevoir de S. M. l'Empereur la décoration de la Légion-d'Honneur en récompense des services signalés qu'ils ont rendus à nos compatriotes pendant les ravages que la fièvre jaune a exercés et exerce encore sur tant de points de l'Amérique.

Il est grandement question de transformer la chaire de chimie organique, vacante en ce moment à la Faculté de médecine de Paris, en une chaire de pharmacologie. On annonce que notre savant collaborateur, M. Soubeiran, se met sur les rangs, et l'Union médicale ajoute même que la Faculté de Strasbourg lui accorde en ce moment les degrés nécessaires pour se présenter. MM. Bussy et Lecanu se présenteraient, dit-on, pour la même chaire.

Jurisprudence médicale. — C'est avec un bien vif regret que nous nous voyons obligé de mettre sous les yeux de nos lecteurs une décision de la plus haute gravité que vient de prendre la Cour de cassation. Par un arrêt rendu le 21 juillet, elle a décidé qu'un officier de santé qui exerce la médecine hors des limites du département où il a été reçu par le jury médical, commet une contravention punissable, lors même que dans ce département le contrevenant aurait été nommé chirurgien-major de la garde nationale, si ce n'est pas en cette qualité qu'il a donné les soins pour lesquels il est poursuivi. En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement est applicable, *dans les limites des peines de simple police*, par application des dispositions des art. 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an II, combinées avec le principe général que lorsqu'une peine de police est applicable, l'emprisonnement est de droit pour le cas de récidive.—Ainsi se trouve condamné à la prison, oui, à la prison, l'officier de santé qui porte accidentellement les secours de son art hors des limites du département dans lequel il a été reçu. Peut-être est-ce la conséquence de la loi qui régit cette institution; mais la conscience publique se révolte et se révoltera toujours à l'idée qu'on puisse traiter comme un malfaiteur un médecin qui va visiter un malade qui a sa confiance, par la seule et unique raison que l'autorisation qu'il a reçue ne s'étend pas jusqu'à lui permettre de franchir les barrières de son département. Nous dirons en terminant avec notre confrère et ami, M. Amédée Latour : « Si vous croyez l'institution mauvaise, supprimez-la, mais ne l'avilissez pas. »

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA VALEUR DES INJECTIONS IODÉES DANS LES HYDROPISIES ASCITES, ET DE LA MÉTHODE EMPLOYÉE PAR M. TEISSIER, DE LYON, POUR EN ASSURER L'INNOCUITÉ.

Par le docteur R. PHILIPEAUX.

La question des injections iodées dans le traitement de l'ascite, bien que toute nouvelle encore, a déjà conquis une sérieuse importance; et il ne saurait en être autrement, car les faits de guérisons obtenues par cette méthode sont aujourd'hui assez nombreux pour fixer l'attention des médecins. En effet, depuis les remarquables observations publiées par MM. Dieulafoy, Leriche, Griffon, et surtout depuis le Mémoire si convaincant de M. Boinet, la science s'est successivement enrichie d'un bon nombre d'autres faits empruntés à la pratique de médecins recommandables, tels que MM. Coste, Deperrière, Gintrac, Cyprien Oré, Gromier, Teissier, etc.

Cependant beaucoup de praticiens redoutent encore cette opération, malgré les succès que l'on en a obtenus, parce que son innocuité ne leur paraît pas suffisamment démontrée. Les cas de guérison qui ont été publiés sont considérés par eux comme des faits exceptionnels qui n'autorisent pas les médecins prudents à courir les chances d'un traitement qui leur paraît très-dangereux.

Le but de ce travail est de réformer cette manière de voir, de faire cesser ces appréhensions et de montrer qu'on peut diminuer les dangers des injections iodées dans les épanchements ascitiques, et arriver, dans le plus grand nombre des cas, à une innocuité presque complète, en ayant soin de s'astreindre à quelques précautions dont l'application est des plus faciles. Je vais, à cet effet, faire connaître la méthode suivie par M. Teissier, de Lyon, en vue de prévenir les dangers de ces injections, méthode qui me paraît, par les résultats qu'elle a déjà fournis, destinée à avoir une portée pratique d'un haut intérêt.

Tous ceux qui, jusqu'ici, ont injecté de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale dans le but de guérir les hydropisies ascites ont cru devoir évacuer tout le liquide épanché, avant de pousser l'injection, afin d'obtenir une irritation substitutive plus énergique et plus sûre sur toute la surface du péritoine, et pour mieux prévenir le retour de la suffusion séreuse ; puis, après avoir vidé le péritoine aussi complétement que possible, ils ont injecté dans sa cavité une solution alcoolique d'iode dont la composition et la dose de concentration, variables

au gré de tel ou tel médecin, sont cependant formulées par chacun d'eux d'une manière presque identique dans tous les cas, quelle que soit la nature de l'hydropisie. Ainsi la formule adoptée par M. Boinet est de 1/8 de teinture d'iode pour 3/8 d'eau, avec addition d'une petite quantité d'iodure de potassium. Pour M. Cyprien Oré, au contraire, la formule est de 1/4 de teinture d'iode pour 3/4 de véhicule. Pour d'autres enfin, la solution est de 1/5 ou de 1/6.

Cette pratique, suivie généralement, est vicieuse suivant M. Teissier, et doit être modifiée si l'on veut rendre l'opération des injections iodées dans le péritoine moins dangereuse et plus sûre dans ses résultats. Nous adoptons pleinement cette manière de voir, et nous pensons que la méthode mise en usage par ce savant praticien, méthode dont nous avons vu nous-même les heureux effets, offre une innocuité et des chances de succès beaucoup plus grandes que celle qui a été suivie jusqu'à ce jour.

La première règle posée par M. Teissier est celle-ci : *Ne pas évacuer tout le liquide contenu dans la cavité péritonéale, avant de pousser l'injection de teinture d'iode.* Outre l'inconvénient qu'il y a pour le malade de vider complétement par une seule ponction la cavité d'une séreuse aussi étendue, il peut arriver que l'injection iodée, se trouvant en contact immédiat avec les surfaces viscérale et pariétale du péritoine déjà malade, suscite une douleur extrêmement vive et une phlegmasie dont on ne pourra pas arrêter la marche et l'issue funeste. Il est permis de rapporter à cette cause la mort de quelques-uns des malades qui ont succombé à la suite d'une injection iodée ; et M. Teissier n'hésite pas à adopter cette explication pour celui qu'il a vu périr.

On ne comprend pas tout d'abord l'importance de ce précepte, et l'on est disposé à objecter que pour prévenir de pareils accidents il serait bien plus simple et plus logique de pousser une injection faible ou bien étendue d'une grande quantité de véhicule.

Cette objection est spécieuse ; mais nous ne saurions en admettre la justesse. La solution affaiblie que l'on injecterait après avoir vidé toute la cavité péritonéale ne saurait offrir les mêmes avantages que le procédé mis en pratique par M. Teissier, 1° parce que l'injection faite après avoir vidé toute la cavité péritonéale se distribue d'une manière inégale, est retenue en partie par la masse des intestins grêles qui se pelotonnent sur elle et l'emprisonnent, ou bien s'accumule dans les parties déclives, et agit ainsi trop fortement sur certains points, et trop faiblement au contraire, et peut-être même pas du tout sur certains autres. Ce fait est démontré par l'observation de péritonite

mortelle survenue quarante heures après l'injection, qu'a publiée M. Humbert. Cet auteur rapporte que tout autour de la ponction, dans une étendue de plusieurs centimètres, le péritoine était noirâtre, que les anses intestinales qui ont subi la première impulsion du liquide tranchaient fortement, par leur couleur foncée, sur les autres paquets intestinaux.

2° La sérosité qu'on laisse dans le péritoine protége le paquet intestinal contre l'impulsion immédiate du liquide injecté, contre son action caustique ou trop irritante, et favorise la répartition uniforme du liquide médicamenteux dans toutes les anfractuosités de la cavité péritonéale. Ces avantages ne sont pas illusoires : ils sont très-réels en pratique, et si l'on veut tenir compte de la disposition anatomique du péritoine, de l'état pathologique de cette membrane dans les cas d'ascite, et des propriétés irritantes de la teinture d'iode, on sera bien facilement convaincu qu'il doit y avoir une grande différence entre les deux manières de faire ; que l'injection poussée dans un péritoine enflammé mis à nu, et contre des intestins qui participent eux aussi à l'irritation de la séreuse qui les recouvre, expose à de plus grands dangers que la même injection poussée dans le péritoine, alors que celle-ci se répand dans un liquide qui en diminue l'action caustique immédiate, et la transporte dans tous les points sur lesquels il faut agir, sans en excepter un seul.

On pourrait encore objecter qu'en laissant à dessein une certaine quantité du liquide épanché dans l'abdomen, on diminue d'autant le chances de guérison ; que c'est bien déjà assez de laisser celui qu'on ne peut retirer parce qu'il est caché dans les lombes, et que certainement plus il en restera, plus la disposition à la récidive sera grande : d'une part, parce que l'absorption de ce liquide sera très-difficile ; et, d'une autre part, parce qu'il empêchera l'adhésion des feuillets séreux. Nous concevons très-bien qu'on ait de pareilles craintes quand on n'a pas été témoin de faits qui prouvent que les choses ne se passent pas ainsi ; mais nous pouvons assurer qu'après l'injection iodée, la sérosité qu'on a laissée dans le ventre, contractant de nouvelles qualités, se résorbe peu à peu et finit par disparaître complétement. M. Teissier a opéré une dame dont l'ascite était si volumineuse, qu'elle pouvait contenir de 50 à 60 litres de liquide : volontairement il en a laissé 5 ou 6 litres pour recevoir l'injection iodée ; et dans ce cas, quoique la maladie datât de quatorze ans, la résorption s'est faite, et la guérison a eu lieu, au grand étonnement de tous ceux qui ont vu la malade.

Le second précepte sur lequel insiste M. Teissier, c'est *de mettre toujours en rapport de composition le liquide iodique injecté avec*

celui de l'épanchement. M. Teissier s'élève contre les injections iodées formulées à l'avance d'une manière fixe et identique pour tous les cas d'ascite ; elles ne doivent être invariablement ni au quart, ni au cinquième, ni au huitième. Ce précepte est le corollaire naturel du premier. Du moment qu'on reconnaît la nécessité de ne pas vider entièrement le péritoine, il est évident que l'injection doit varier suivant la nature de l'ascite.

Ces formules ainsi réglées doivent nécessairement produire des résultats différents, suivant la nature et l'ancienneté des hydropisies contre lesquelles on les applique. Une injection au quart peut n'entraîner à sa suite aucun accident chez certains malades, tandis qu'elle en provoquera de très-graves chez d'autres, et c'est précisément ce qui est arrivé. Plusieurs médecins ont éprouvé des mécomptes fâcheux pour avoir employé, sans aucune modification, le mélange iodique préconisé d'une manière fixe par tel ou tel auteur. Ce mélange s'est trouvé trop faible ou trop énergique ; il a été ou insuffisant, ou au contraire trop irritant, et il en est résulté des revers que l'on aurait pu éviter en agissant d'une manière différente. Ces revers ont été attribués à la méthode, tandis qu'ils étaient la conséquence d'un procédé défectueux.

Voici quelle est, sous ce rapport, la conduite de M. Teissier. Après avoir pratiqué la paracentèse, il examine avec soin les propriétés physiques et chimiques du liquide de l'épanchement ; et suivant qu'il est neutre ou alcalin, qu'il contient peu ou beaucoup d'albumine ; suivant qu'il est clair ou visqueux, qu'il est constitué par de la sérosité, du sang ou du pus, il modifie le degré de concentration de son injection iodée, et même en modifie la nature.

Le liquide des épanchements ascitiques est habituellement alcalin et albumineux, il contient quelquefois un peu de fibrine ; l'iode que l'on injecte doit dès lors se combiner en partie ou en totalité, suivant que l'injection est plus ou moins chargée de principes médicamenteux, avec les alcalis qui existent dans le liquide, à savoir la soude ou la potasse, et tendre à neutraliser son alcalinité. En effet, quand on verse de la teinture d'iode dans un liquide extrait de la cavité péritonéale, on observe constamment, si la sérosité est très-alcaline, que l'iode disparaît entièrement, et qu'il perd sa couleur rouge brun pour prendre celle de la sérosité, parce que, comme je viens de le dire, il se transforme en iodure de sodium et de potassium, qui restent à l'état de dissolution.

De cette expérience, que M. Bonnet (de Lyon) a faite plusieurs fois, et que M. Teissier a souvent répétée d'après lui, on peut tirer la con-

clusion suivante : plus le liquide sera alcalin, plus il faudra d'iode pour faire cesser son alcalinité, et plus aussi il faudra que l'injection à pousser dans le péritoine soit chargée de ce médicament. S'il en était différemment, c'est-à-dire si l'on n'injectait qu'une faible quantité de teinture d'iode, on n'obtiendrait pas un bon résultat, parce que tout le médicament ne suffirait pas pour saturer l'alcalinité de la sérosité épanchée ; l'on peut penser, en effet, que cette alcalinité contribue elle-même à entretenir l'irritation sécrétoire du péritoine.

On sait aussi que l'iode a pour effet de fluidifier les liquides albumineux, et surtout ceux qui contiennent de la fibrine. Il suit de là que plus la matière de l'épanchement sera chargée d'albumine, plus il faudra que la proportion d'iode soit grande. A plus forte raison, si le liquide contient une certaine proportion de fibrine, comme dans les cas où l'épanchement est noirâtre et mêlé à du sang, l'injection devra être chargée en iode. Il en est de même pour les cas où le liquide est purulent.

Lorsque le liquide épanché est très-visqueux et composé presque exclusivement d'albumine ou de matière muco-extractive, comme on le voit dans quelques kystes ovariques, il vaut mieux, comme le conseille M. Teissier, injecter une solution aqueuse d'iode que la teinture, afin que le mélange se fasse mieux et que la densité des deux liquides soit plus également en rapport ; car on sait que l'alcool coagule l'albumine, et on comprend aisément qu'un liquide très-albumineux, en contact avec une teinture alcoolique, est moins facilement dissous, et ensuite moins facilement résorbé.

Il est inutile de dire que, pour constater l'alcalinité du liquide épanché, il suffit de tremper dans la partie extraite un morceau de papier de tournesol rougi ; selon que ce papier perd plus ou moins sa coloration, on acquiert la preuve qu'il est peu ou très-alcalin. Que si l'albumine s'y trouve en certaine quantité, il suffit de verser sur la sérosité un peu d'acide nitrique pour obtenir des flocons et ensuite un précipité blanc au fond du vase. Ainsi, quand le liquide est clair, citrin, peu alcalin et peu albumineux, M. Teissier injecte dans le péritoine 20, 25 ou 30 grammes au plus de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium. Quand la sérosité est notablement albumineuse, hématique ou purulente, ou bien encore très-alcaline, il injecte 40 ou 50 gr. de teinture d'iode et 4 gr. d'iodure. Enfin, quand la matière de l'épanchement est très-gluante, quand elle contient une quantité considérable d'albumine ou de matière muco-extractive, il injecte une solution aqueuse faite avec : eau, 100 grammes ; iode, 6 ou 8 grammes ; ou bien une forte solution d'iodure de potassium (20 grammes dans 100 grammes d'eau).

Quand l'injection est faite, M. Teissier conseille de l'abandonner entièrement dans le péritoine, à moins que le malade n'accuse immédiatement de très-vives douleurs, cas dans lequel il serait prudent de retirer une partie de l'injection.

Une dernière particularité sur laquelle insiste M. Teissier, c'est que dans le cas où le ventre est extrêmement volumineux et dépasse, par exemple, 115 ou 120 centimètres de circonférence, il faut, avant de pratiquer l'opération de l'injection iodée, faire, quelques jours auparavant, une simple paracentèse, pour diminuer l'étendue de la surface péritonéale; quand le ventre est revenu aux dimensions qui viennent d'être signalées, on peut alors pratiquer l'opération complète. Avec cette précaution, les chances de péritonite sont beaucoup moins grandes.

D'après les considérations précédentes, on doit saisir toute la différence qu'il y a entre la pratique de M. Teissier et celle des autres médecins. Tandis que ces derniers évacuent tout le liquide et formulent, au préalable, la quantité de teinture d'iode qu'ils veulent injecter, M. Teissier, au contraire, laisse dans le ventre une partie de la sérosité qu'il contient, examine celle qui a été extraite, et suivant qu'il la trouve plus ou moins alcaline, albumineuse et fibrineuse, il pousse dans le péritoine une injection plus ou moins chargée de principe médicamenteux.

Cette méthode a l'avantage de tirer d'embarras le praticien, en lui faisant connaître exactement la dose d'iode qu'il doit employer pour assurer l'innocuité de l'opération et pour éviter les accidents qui ont suivi, dans quelques circonstances, les rares injections iodées; car c'est là un des points les plus importants et sur lequel j'insiste à dessein : qu'il y a un véritable danger à injecter plus de 25 à 30 grammes de teinture d'iode dans le péritoine, alors que la sérosité de l'ascite est claire, citrine, peu alcaline et peu albumineuse.

Depuis que M. Teissier suit dans sa pratique la méthode que nous venons d'exposer, il a obtenu des succès qui méritent d'être connus, et qui sont bien faits pour encourager les praticiens à ne pas abandonner une opération qui peut rendre de si grands services.

M. Teissier a opéré jusqu'à ce jour douze malades. Les observations des six premiers ont déjà été publiées dans un Mémoire de M. Humbert, interne des hôpitaux de Lyon (Voyez Gaz. méd. de Lyon, sept. et oct. 1852). Cette première catégorie renfermait trois succès et trois revers, dont un fut mortel par suite de péritonite. M. Teissier est convaincu que cet événement malheureux, qui du reste est survenu chez une malade qui était inévitablement vouée à une mort prochaine,

est dû à ce qu'il avait extrait du péritoine toute la sérosité qu'il avait pu extraire, en sorte que l'injection iodée, qui n'a pu être retirée, a agi trop énergiquement sur le péritoine qui recouvre les intestins, comme l'a prouvé l'autopsie. C'est ce fait qui a éclairé M. Teissier sur la nécessité de ne pas évacuer toute la sérosité et d'en laisser assez pour protéger les intestins contre l'action immédiate du liquide injecté.

Aussi, depuis cette époque, M. Tessier n'a eu à déplorer aucun accident. Six autres malades ont été opérés en suivant la règle que ce médecin s'est imposée pour l'avenir, et, à part un insuccès complet que M. Teissier a observé chez une malade qu'il a opérée avec son confrère, M. Pillet, dont l'ascite était constituée par un liquide hématique, et chez laquelle du reste l'opération a été complétement innocente, les cinq autres faits sont des faits de succès. Les guérisons se maintiendront-elles longtemps? Personne ne peut l'affirmer; mais enfin on est en droit de l'espérer, puisqu'elles durent déjà, les unes depuis dix, douze mois, les autres depuis trois et cinq mois.

(La fin à un prochain numéro.)

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LE SULFATE DE QUININE ASSOCIÉ A L'ACIDE TARTRIQUE.

(Suite) (1).

3° *Fièvres tierces simples.*—Les fièvres tierces simples, au nombre de 72, présentaient une gravité différente, à laquelle, ainsi qu'à l'ancienneté de la maladie, j'ai toujours proportionné la première dose du fébrifuge, dose qui a varié de 4 à 24 grains (de chaque).

La plus faible dose de sulfo-tartrate de quinine (2) a été administrée à une petite fille de dix ans, qui fut prise dans la convalescence d'une fièvre gastrique, d'accès fébriles sous le type tierce. Quatre grains de sulfo-tartrate de quinine, donnés après l'accès, diminuèrent beaucoup l'intensité de l'accès suivant. Nouvelle et semblable dose de sulfo-tartrate à la fin de celui-ci. Le troisième accès fut très-léger et ne reparut pas régulièrement; il en fut de même du quatrième. Nouvelle dose de sulfo-tartrate, mais 2 grains seulement. Cette fois l'accès fébrile man-

(1) Voir la livraison du 30 juillet, page 49.

(2) Nous répèterons ici, une fois pour toutes, ce que l'auteur a dit en commençant son mémoire : toutes les fois qu'il indique une dose de sulfo-tartrate de quinine, il faut entendre une dose égale de sulfate de quinine et d'acide tartrique. Ainsi, 12 grains de sulfo-tartrate veulent dire 12 grains d'acide tartrique et autant de sulfate de quinine.

(Note du rédacteur.)

qua et la petite malade éprouva seulement, à l'heure de celui-ci, une sensation de malaise qui se termina par de la sueur. Guérison solide à la suite.

Neuf malades ont pris pour première dose 9 grains de sulfo-tartrate. Sur ce nombre, six ont guéri, sans avoir besoin de revenir au même médicament. Un septième a dû prendre une seconde dose de 4 grains, et les deux autres ont eu besoin d'une seconde dose de 6 grains.

Trente-neuf malades de la même catégorie ont pris pour première dose demi-scrupule de sulfo-tartrate de quinine. Dix-sept n'ont plus revu leur fièvre, et parmi eux se trouvait une femme presque septuagénaire, chez laquelle le second accès fut accompagné dans ses trois stades de mouvements spasmodiques et convulsifs. Dix autres ont dû prendre une seconde dose de 4 grains pour couper leur fièvre. Parmi eux, se trouvait un jeune homme assez délicat et sujet à l'helminthiase, qui fut pris, le 13 mai, d'un accès fébrile terminé par de la sueur. La présence des vers intestinaux me fit prescrire 4 grains de santonine et un scrupule de diagrède, qui produisirent d'abondantes garderobes et l'expulsion d'un seul ver. Nouvel accès le 15; les symptômes persistaient dans l'apyrexie. Demi-scrupule de sulfo-tartrate de quinine à la fin de l'accès. Les symptômes vermineux persistant le lendemain, nouvelle dose de santonine et de diagrède : deux évacuations avec un seul ver. L'administration de 4 autres grains de sulfo-tartrate coupa les accès, qui se reproduisirent seulement le septième jour sous le même type. Guérison par une seule dose de 9 grains de sulfo-tartrate. Je citerai encore le cas d'un jeune garçon de quinze ans, chez lequel la fièvre, primitivement coupée par une première dose d'un demi-scrupule et par une seconde de 4 grains, a cédé depuis, dans de nombreuses récidives dues à la présence de la même cause, a cédé, dis-je, à cette même faible dose de 4 grains de sulfo-tartrate. — Chez trois malades, il a fallu donner une seconde dose de 6 grains; chez huit une seconde dose d'un demi-scrupule, et chez un dernier enfin, indépendamment de cette seconde dose d'un demi-scrupule, une troisième de 6 grains. Ce dernier cas était fort remarquable, parce que la malade, qui avait déjà été affectée de fièvres intermittentes sous différents types, avait toujours voulu être traitée par le citrate de quinine, dont la dose avait dû être portée quelquefois à une demi-once et au delà.

Dans treize cas dont la gravité était plus grande, j'ai cru devoir porter la première dose de sulfo-tartrate à 16 grains. Sur ce nombre, sept ont été guéris sans retour ; un a eu besoin d'une seconde dose de 8 grains, quatre d'une seconde dose de 9 grains, et le dernier, indé-

pendamment de cette dose de 9 grains, d'une troisième de 12 grains, le troisième accès ayant été aussi fort que les précédents. Cette troisième dose a fait justice de la fièvre.

Dans six autres cas, dont la gravité était encore plus prononcée, j'ai fait donner pour première dose 18 grains. Quatre de ces malades ont guéri immédiatement. L'un d'eux présentait par parenthèse un exemple de fièvre tierce associée à un urticaire. L'administration de 18 grains du fébrifuge, après un purgatif et une saignée, a fait cesser la fièvre et avec elle les autres accidents. Un second cas était assez remarquable, parce qu'il présentait de l'analogie avec la fièvre pernicieuse pleurétique. Le fait est que l'accès était accompagné d'une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, irradiant jusqu'à l'épaule correspondante. La douleur subsistant le jour d'apyrexie, le malade prit un purgatif. Le lendemain, nouvel accès, mais moins intense et avec une douleur de côté plus supportable. Dix-huit grains de fébrifuge rendirent la santé au malade. Chez deux malades de cette même catégorie, il a été nécessaire d'administrer une seconde dose, chez l'un de 6 grains, chez l'autre d'un demi-scrupule de sulfo-tartrate.

Enfin la gravité des paroxysmes fébriles m'a engagé à donner pour première dose à quatre malades un scrupule de sulfo-tartrate de quinine. Deux ont guéri parfaitement ; un troisième a eu besoin d'une seconde dose de 6 grains, et un quatrième, indépendamment de cette seconde dose de 6 grains, d'une troisième dose également de 6 grains.

Pour terminer ce qui est relatif aux fièvres tierces simples, je me bornerai à ces deux remarques : 1° que, de tous ces malades affectés de fièvre tierce simple, un petit nombre seulement ont présenté des récidives, et encore lorsqu'ils se sont exposés de nouveau à la cause qui avait produit la maladie; 2° que, contrairement à l'opinion de Borsieri, ces fièvres, abandonnées à elles-mêmes, ne se terminent pas ordinairement par la guérison. J'ai attendu souvent le septième accès avant d'intervenir, et sur un très-grand nombre de fièvres tierces je n'en ai trouvé que onze qui aient cédé sans quinquina, encore étaient-elles presque toutes des fièvres vernales.

Fièvres doubles-tierces. — Les fièvres doubles-tierces que j'ai traitées par le sulfo-tartrate de quinine étaient au nombre de 94, et dans leur traitement, la première dose n'a jamais été moindre de 6 grains et plus forte que 24 grains.

Chez une petite fille de huit ans, prise de fièvre double-tierce dans la convalescence d'une fièvre gastrique vermineuse, 6 grains de sulfo-tartrate rendirent l'accès suivant moins intense. Une seconde dose

semblable rendit le troisième accès plus faible encore. L'administration de 4 grains de sulfo-tartrate, à la fin du cinquième accès, mit fin à la maladie.

Une première dose de 8 grains fut donnée à un petit garçon de quatre ans. L'accès suivant fut très-discret et ne revint pas régulièrement. La fièvre ne reparut plus.

Dans trois autres cas, la première dose a été de 9 grains. Dans aucun de ces cas la fièvre n'a été coupée du premier coup. Chez un malade, il a fallu donner une seconde dose de 6 grains; chez un second, une seconde dose de 9 grains ; chez un troisième une seconde dose n'a pas suffi, et la fièvre n'a cédé qu'à une troisième dose d'un demi-scrupule. Ces trois faits, dans lesquels la fièvre succédait à d'autres maladies, joints à beaucoup d'autres recueillis en d'autres temps, montrent bien la nécessité de porter assez haut la dose du fébrifuge dans les cas de ce genre.

La première dose de sulfo-tartrate a été d'un demi-scrupule dans quarante-sept cas de cette catégorie. Sur ce nombre, quinze malades ont été débarrassés immédiatement de leur fièvre, dont deux convalescents de fièvre gastrique, un troisième atteint en même temps de diarrhée séreuse, et un quatrième atteint d'une photophobie qui se liait peut-être à la présence de vers intestinaux (la photophobie disparut avec la fièvre).—Chez un cinquième, six accès manquèrent, et le septième, qui reparut à l'heure ordinaire, céda à une seule dose d'un demi-scrupule. — Chez sept autres, une seconde dose de 4 grains du médicament a été nécessaire.— Dans six autres cas, seconde dose de 6 grains. —Dans trois autres, la seconde dose de 6 grains fut insuffisante, et il fallut en donner une troisième de 6 grains (un de ces derniers avait été traité par la méthode de Pfeufer). — Dans deux autres, seconde dose de 8 grains.—Enfin, dans douze autres, la seconde dose fut d'un demi-scrupule. (Dans un de ces cas, chez une petite fille de trois ans, le sulfo-tartrate fut donné, les deux fois, en lavement.)

Dans vingt-trois cas, la première dose a été de 16 grains. En voici les résultats : dix qui ont guéri immédiatement; douze qui ont eu besoin d'une seconde dose, deux de 6 grains, trois de 8 grains, et sept de 9 grains. Un dernier, indépendamment de la seconde dose de 9 grains, n'a été guéri que par une troisième dose semblable.

Chez treize autres malades, la première dose de l'antipériodique a été de 18 grains. Neuf, dont un paraissait affecté d'une fièvre subintrante, ont été complétement débarrassés de leur fièvre. Trois ont dû prendre une seconde dose de 6 grains, un quatrième a pris une seconde dose de 6 grains et une troisième dose de 1 scrupule. L'administration

de 10 grains de sulfo-tartrate avait rendu plus modéré l'accès suivant, qui aurait dû être le plus fort. Une seconde dose de 6 grains affaiblit encore le troisième accès, qui ne revint pas régulièrement, non plus que le quatrième qui fut très-léger. En revanche, le cinquième fut très-fort et accompagné de céphalalgie. Ceci me décida à donner un scrupule de sulfo-tartrate. Guérison.

Enfin, chez sept malades j'ai porté du premier coup la dose du fébrifuge à un scrupule. Trois malades, dont un avait présenté des vomissements bilieux légèrement teints de sang, ont été débarrassés sans plus de leur fièvre. Quatre autres ont eu besoin d'une seconde dose, un de 6 grains et les autres de 12 grains.

Je ferai ici la même remarque que pour les fièvres tierces : les récidives ont été rares, à moins qu'elles n'aient été provoquées par les imprudences des malades ou par leur retour dans les conditions où ils avaient contracté la fièvre. En revanche, j'ai vu huit cas de fièvres doubles-tierces qui, abandonnées à elles-mêmes, après avoir fait disparaître néanmoins les complications, ont passé au type tierce simple et ont disparu au troisième ou au quatrième accès.

5° *Fièvres quartes.* — Les fièvres quartes, au nombre de 18, se présentaient sous le type simple ou double. Comme tout le monde le sait, ces fièvres sont de toutes les fièvres intermittentes les plus rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires, celles qui récidivent avec la plus grande obstination et, par conséquent, celles qui méritent la plus grande attention de la part du médecin.

Sans m'éloigner du but que je poursuivais dans mes recherches, j'ai cherché en même temps à élucider une question très-importante, celle relative à l'époque à laquelle il faut faire prendre le fébrifuge aux malades, et voici les résultats que m'a fournis l'administration du sulfo-tartrate : 1° avant l'accès ; 2° après l'accès ; 3° moitié avant l'accès et moitié à sa fin.

Quatre malades affectés de fièvre quarte simple et deux de fièvre double quarte ont pris le sulfo-tartrate une heure avant l'accès et en trois fois, à vingt minutes d'intervalle. Dans un premier cas, le premier accès ne fut pas modifié par une première dose de 9 grains ; le second reparut aussi, malgré une seconde dose de 6 grains ; la malade s'étant refusée à en prendre de nouveau, le troisième et le quatrième accès revinrent, mais plus modérés et un peu retardés. — Dans un deuxième cas, le malade avait déjà eu quatre accès de fièvre quarte simple. Administration d'un demi-scrupule de sulfo-tartrate. L'accè parut comme les jours précédents, sueur assez abondante. La fièvre ne revint plus. — Dans un troisième cas, un demi-scrupule de sulfo-tar-

trate, accès comme d'habitude; seconde dose semblable, deuxième accès sans modification; troisième dose semblable, fièvre moins intense et retardée. La fièvre ne revint plus. — Le quatrième malade, également atteint de fièvre quarte simple, a pris avant deux accès demi-scrupule de sulfo-tartrate chaque fois; pas de changement dans les accès. Troisième dose de 6 grains : accès plus faible et retardé de quelques heures. Quatrième dose de 3 grains : accès très-léger. L'accès suivant a manqué, et au bout d'un mois, récidive. Administration d'un demi-scrupule par la méthode de Pfeufer en une seule fois avant l'accès ; pas d'action sur l'accès suivant, mais une nouvelle et semblable dose rendit le second accès plus discret, et l'administration de 6 autres grains coupa enfin la fièvre. Une nouvelle récidive étant survenue, toujours par l'imprudence du malade, nous l'avons engagé à retourner dans son pays. — Quant aux fièvres doubles-quartes, dans le premier cas, la première dose d'un demi-scrupule n'a pas modifié la fièvre, non plus que la seconde dose, qui était aussi forte. Une troisième dose de 6 grains a rendu l'accès suivant assez discret, et une quatrième dose de 4 grains a fait manquer l'accès définitivement. Dans le deuxième cas, peu de changement dans l'accès après un scrupule ; après la deuxième dose d'un demi-scrupule, fièvre plus modérée. L'accès suivant manqua. Guérison.

Quatre malades affectés de fièvre quarte simple et deux de fièvre double-quarte, ont pris le fébrifuge au déclin de l'accès, au commencement de la sueur. L'un d'eux, qui n'avait, du reste, qu'une fièvre très-légère, a été débarrassé de la fièvre par un demi-scrupule du fébrifuge. — Chez le second, une première dose d'un demi-scrupule n'a pas modifié l'accès suivant ; une deuxième dose semblable a rendu le second accès plus faible et l'a retardé de quelques heures. Une troisième dose de 6 grains a diminué encore l'intensité de l'accès suivant, et enfin, une quatrième dose de 4 grains a fait justice de la fièvre. — Dans le troisième cas, le sulfo-tartrate, administré de même que chez le malade précédent, a réussi de la même manière ; mais il y a eu récidive vingt jours après, comme il y en avait eu une quinze jours après, chez le précédent. — Un quatrième malade, également atteint de fièvre quarte simple, a pris le sulfo-tartrate comme les malades précédents et en a obtenu d'aussi bons effets. A la suite de fatigues excessives, il a eu une récidive un mois après. — Des deux autres malades affectés de fièvre double-quarte, l'un a vu, après deux doses de demi-scrupule de sulfo-tartrate, la fièvre se modérer et retarder, puis manquer et guérir sans plus. Le second malade a été un peu plus long à guérir : après deux doses de sulfo-tartrate, chacune de demi-scrupule, la fièvre était

devenue très-discrète ; une troisième dose de 6 grains l'a encore plus diminuée; enfin, après une quatrième de 6 grains, les accès ont cessé. Ce dernier malade, ayant eu une récidive, a été traité avec succès par le quinquina pitaya.

Enfin, six autres malades, dont deux affectés de fièvre quarte simple et deux de fièvre double-quarte ont pris la moitié du fébrifuge une heure avant l'accès fébrile, en trois fois et à intervalle de vingt minutes, et l'autre moitié de la même manière à la fin de l'accès. Dans le premier cas, récidive de fièvre quarte, demi-scrupule de sulfo-tartrate avant l'accès et même dose à son déclin; la fièvre manqua à l'accès suivant; le malade avait pris 6 grains un peu avant l'accès attendu, trois autres grains avant l'accès suivant. Le malade continua le sulfo-tartrate à titre de préservatif pendant quelque temps; il n'y a pas eu de rechute.—Dans le second cas, le malade, qui était guéri depuis un mois et demi d'une fièvre tierce, fut pris d'une fièvre quarte. Demi-scrupule de sulfo-tartrate avant et autant après l'accès, ou plutôt à la terminaison. Trois grains de fébrifuge avant l'accès suivant, qui fut très-discret, et autant à la fin. Quatre autres grains de sulfo-tartrate pour en finir. Récidive un mois après. Traitement par un scrupule de sulfo-tartrate, moitié avant l'accès et moitié à la fin. Une seconde dose de 8 grains en deux fois, donnée de même avant et après l'accès, acheva de couper la fièvre (le malade avait pris, lors de la première fièvre, 96 grains de sulfate de quinine). —La malade qui fait le sujet de la troisième observation avait eu la fièvre coupée par l'administration du sulfo-tartrate à la fin de l'accès : 34 grains de sulfo-tartrate en trois fois, 24 grains, moitié avant et moitié après le premier accès, 6 grains et 4 grains avant le deuxième et le troisième accès qui manquèrent, guérirent définitivement cette malade.—Dans le quatrième cas, également récidive après administration du sulfo-tartrate à la fin de l'accès ; administration d'un demi-scrupule de sulfo-tartrate avant l'accès et d'une dose semblable vers la fin. Le second accès manqua ; le malade avait pris 6 grains avant cet accès ; il en prit encore 6 grains avant le suivant, qui manqua de même. Emploi du sulfo-tartrate à titre de préservatif. Pas de récidive.—Des deux doubles-quartes, l'une, traitée par une dose de 4 grains de sulfo-tartrate avant et d'autant après le premier et le second accès, eut son second accès bien diminué ; le troisième manqua et la guérison fut complète. La seconde, qui était une récidive après traitement par l'administration du sulfo-tartrate à la fin de l'accès, fut traitée par l'administration d'un demi-scrupule avant et après le premier accès, de 3 grains avant et après le second, qui ne manqua pas, mais fut très-léger, et de 3 autres grains avant le troi-

sième, qui manqua. Par prudence le malade prit 3 grains de sulfo-tartrate avant le quatrième accès, qui ne revint pas non plus, et continua le médicament pendant deux fois à dose préservatrice.

De tous les faits précédents, je crois pouvoir conclure :

1° Que les fièvres quartes réclament, en général, pour leur guérison, une dose de fébrifuge plus considérable que celle qui est nécessaire pour triompher des autres fièvres intermittentes ;

2° Que l'administration du fébrifuge *avant l'accès fébrile*, bien qu'elle ait réussi dans un cas, sans doute par le peu d'intensité de l'accès, constitue une pratique défectueuse, les accès s'étant répétés souvent jusqu'au septième jour et au delà ;

3° Que l'administration des préparations de quinquina, *à la fin de l'accès*, n'est pas une pratique beaucoup meilleure, la cessation de l'état fébrile n'ayant presque jamais été obtenue par une seule dose du fébrifuge, et celui-ci s'étant reproduit après d'autres doses encore ;

4° Que le fractionnement de la dose du fébrifuge en deux moitiés, que l'on fait prendre *l'une avant l'accès et l'autre vers le déclin*, constitue une méthode à résultats décisifs, la première dose ayant souvent suffi à empêcher la répétition des accès (1) ;

5° Enfin, que les fièvres quartes sont celles qui récidivent avec la plus grande facilité, et cela malgré les précautions prises par les malades et malgré l'emploi du fébrifuge à dose préservatrice.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVEAUX MOYENS DE COMBATTRE LA CHUTE DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS.

La procidence de la membrane muqueuse du rectum, qui arrive à toutes les époques de la vie, mais surtout dans l'enfance et la vieillesse, est une affection sinon grave, au moins des plus incommodes ;

(1) L'effet favorable de cette pratique tiendrait-il à ce que la première dose du fébrifuge a été généralement plus forte que dans les autres cas ? Je regrette beaucoup de ne l'avoir pas portée jusqu'à un scrupule dans les cas de la première et de la seconde catégorie ; néanmoins, ce qui me fait croire que c'est au mode d'administration et non à la dose qu'il faut rapporter les avantages de cette pratique, c'est que j'ai donné une fois un scrupule de sulfo-tartrate à un malade affecté de fièvre double-quarte, sans couper l'accès. J'ajouterai enfin que presque tous les cas qui ont été traités ainsi étaient des cas de récidive, bien plus graves et bien plus rebelles, par conséquent. (*Note de l'auteur.*)

aussi bon nombre de savants praticiens se sont-ils occupés de son traitement. Un interne distingué de nos hôpitaux vient de chercher à élargir encore le cercle de la thérapeutique de cette maladie. Le travail que ce jeune confrère a lu à l'Académie de médecine a pour but de démontrer que la chute du rectum étant le résultat de la paralysie du sphincter anal, le traitement doit avoir principalement pour but de triompher de l'atonie musculaire. Qu'à une époque avancée de la maladie il en soit toujours ainsi, nous l'admettons volontiers; mais il n'en est pas de même au début des accidents, et nous en donnerons pour preuve les bons résultats qui souvent suivent l'emploi des topiques astringents. M. Duchaussoy a subi, comme trop fréquemment cela arrive, l'influence du milieu dans lequel il observe. Du reste, il le fait remarquer lui-même en disant qu'il écrit au sein de l'atmosphère nosocomiale de l'hôpital des Enfants malades. Avant d'apprécier la portée du fait nouveau que signale M. Duchaussoy, nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs la partie de son intéressant Mémoire qui a trait à la thérapeutique.

Suffit-il, dit M. Duchaussoy, de combattre la diarrhée, la constipation ou l'atonie générale pour guérir les chutes du rectum ? Il est certain que les médications appropriées à chacune de ces trois causes, surtout quand on y joint l'emploi de topiques astringents, ont fourni d'heureux résultats aux médecins qui ont pu persévérer longtemps dans leur emploi, et qui ont eu à traiter des enfants placés dans de bonnes conditions hygiéniques; mais on ne peut guère y compter à l'hôpital des Enfants, comme je pourrais facilement le démontrer par l'histoire de malades qui ont été traités sans succès pendant deux, trois et six mois, par un régime analeptique et des lavements au ratanhia; l'observation de Catherine Aimar, que je rapporterai plus loin, permettra encore de juger les résultats du traitement de la cause éloignée. Dans le petit nombre des cas heureux, il paraît vraisemblable que le traitement a fini par rendre à l'appareil défécateur sa tonicité normale.

Le traitement chirurgical est, sans contredit, beaucoup plus prompt et plus sûr dans ses effets; pour en bien préciser l'action, je rapporterai à deux chefs les opérations encore usitées de nos jours :

1° *L'excision rayonnée des plis de l'anus*, telle que la pratiquait Dupuytren. Comment cet illustre chirurgien expliquait-il le résultat de son opération ? Il pensait que les pertes de substance ovalaires, pratiquées de distance en distance, avaient pour effet de froncer l'orifice anal, d'en diminuer l'étendue, et de s'opposer ainsi très-efficacement à l'issue de l'intestin. Il est incontestable que ce résultat doit se produire

à une certaine époque, celle de la formation du tissu inodulaire ; mais on ne peut compter sur ce dernier que longtemps après l'opération. Comment donc ce résultat tardif pourrait-il donner raison des cas nombreux dans lesquels la chute de l'intestin cesse bien avant la formation du tissu cicatriciel, quelquefois même un jour ou deux après l'excision? Ce tissu peut bien être un obstacle à la récidive, mais il est évident que la première cessation des accidents ne saurait s'accommoder de l'explication précitée.

M. le professeur Laugier a souvent donné, dans ses cliniques, une autre explication de la manière dont s'opère la guérison après cette opération; la voici telle qu'elle est contenue dans son Bulletin chirurgical, avril 1840 : « L'explication la plus naturelle, la plus physiologique, doit être tirée de l'usage même des plis rayonnés qui environnent l'anus. Dans le mécanisme de la défécation, on leur reconnaît pour utilité de se prêter, en se déployant, à la dilatation de l'anus ; si telle est leur action, dès que la plus grande partie de la peau de la marge de l'anus a été enlevée, sa dilatation n'est plus favorisée, elle éprouve des obstacles qui sont eux-mêmes une barrière à la sortie de la tumeur... Il est probable que, dans l'état normal, la peau glisse de l'anus vers les régions voisines, en cédant sa place, et comme en *attirant à elle*, par le fait même de la distension du périnée, la muqueuse rectale. Après l'excision, ce glissement de la peau voisine étant gêné ou même supprimé, suivant la quantité de peau enlevée, la défécation a lieu, sans doute, mais la tumeur que formait la chute du rectum n'est plus poussée que dans la direction verticale suivie par les matières elles-mêmes, et elle ne *se déploie* plus. » On s'explique aisément comment une excision même partielle de la peau de l'anus l'empêche de jouer le rôle qui vient d'être indiqué; on sait que le plus souvent les plaies produites par l'excision des plis s'étendent assez en largeur pour détruire, en se réunissant, la presque totalité de la peau de l'anus.

Mais la cautérisation, pratiquée comme le fait M. Guersant, porte à penser que la destruction de la peau de l'anus n'a pas, dans la guérison des chutes du rectum, l'importance que l'explication précédente lui attribue ; dans cette opération, en effet, la peau se trouve détruite dans une étendue si petite, que son glissement ne saurait être empêché; et cependant la guérison s'obtient quelquefois *immédiatement après la cautérisation*. Il y a donc là un autre élément de succès que l'explication ingénieuse de M. Laugier ne nous fournit pas.

2° *La cautérisation.* Sans entrer dans le détail des procédés employés pour la pratiquer, je dirai que tous ceux qui se rapprochent de

celui de Marc-Aurèle Severin ont un mode d'action bien clair : guérison de la maladie par la destruction de l'organe malade, et ceux-là ne nous occuperont pas davantage.

M. Guersant pratique la cautérisation d'une manière très-simple ; il se borne, en effet, à appliquer quatre boutons de feu disposés en croix sur l'anus, au point où la muqueuse et la peau viennent se confondre, et cela suffit presque toujours pour obtenir la guérison. Sur onze enfants cautérisés par lui en 1852, dix ont été guéris à l'aide d'une seule cautérisation ; la récidive qu'on observa pour le onzième paraît ne devoir être attribuée qu'à ce que la cautérisation avait été trop superficielle ; une plus profonde, en effet, amena la guérison comme pour les dix autres.

Quelle explication peut-on donner de la manière d'agir du cautère employé de cette manière ?

Evidemment, ici on n'a pas pour but de détruire l'organe malade ; on ne peut non plus espérer de modifier toute la surface de la muqueuse entraînée au dehors, car la cautérisation ne porte sur cette muqueuse que dans l'étendue de 2 à 3 millimètres carrés pour chaque bouton de feu, et dans les cas où l'intestin sort de 1 décimètre, comme nous l'avons vu pour un de nos malades, il est incontestable que le cautère ne saurait modifier qu'une très-petite étendue de la muqueuse renversée.

Voici ce que M. Guersant enseigne sur ce point : « En agissant ainsi, dit-il, je provoque une légère inflammation qui modifie le tissu cellulaire sous-muqueux, le resserre, et retient ainsi l'intestin disposé à s'échapper. »

Que le cautère agisse ainsi sur le tissu cellulaire, cela est assez vraisemblable ; mais cette action ne doit pas s'étendre beaucoup au delà des points cautérisés, et cette légère inflammation doit être un bien faible obstacle à la sortie d'une portion d'intestin longue de 5 à 10 centimètres, surtout si l'on songe qu'il lui faut parfois résister à des efforts tellement puissants que la main d'un homme vigoureux ne peut les vaincre pour réduire l'intestin.

Mais ce que l'on peut constater avec certitude, au contraire, après cette cautérisation, le voici : aussitôt que l'intestin a cessé de sortir, ce qui peut arriver immédiatement après l'opération, *le doigt introduit dans l'anus du malade éprouve, de la part du sphincter, une constriction dont il n'y avait pas de manifestation avant l'application du cautère.*

Le prolapsus cesse, le sphincter a retrouvé sa contractilité, voilà deux faits que nous avons toujours vus se produire simultanément ; cette

circonstance aurait suffi pour démontrer entre eux une corrélation étroite, si déjà la physiologie n'avait permis de la pressentir.

Je n'avais pas encore songé à explorer l'anus après la guérison, lorsque j'ai pris l'observation du premier malade; mais chez tous les autres son état a été noté avec soin, et toujours j'ai vu la cessation de la chute accompagnée du retour de la contraction musculaire. Chez tous alors l'introduction d'un seul doigt provoquait la contraction du sphincter au point d'empêcher la pénétration d'un second doigt. De plus, chez quelques-uns, on voyait ces contractions continuer pendant quelques instants après que le doigt était retiré, et si l'enfant était assez âgé pour rendre compte de ses sensations, il accusait un serrement saccadé à l'anus.

On peut noter aussi que plusieurs malades, dont le rectum présentait, avant la cautérisation, une dilatation remarquable au-dessus du sphincter, avaient perdu beaucoup de l'ampleur de cet intestin après la guérison.

Un malade, dont j'ai déjà parlé, eut une récidive après une cautérisation trop superficielle. Eh bien! M. Guersant a pu constater qu'après cette première opération son sphincter anal était resté aussi lâche qu'avant; une seconde cautérisation a été suivie, au contraire, du retour de la contractilité musculaire; la guérison s'en est suivie.

Et certes, cette barrière que le muscle sain ou guéri oppose à la sortie de l'intestin est un obstacle bien puissant, car l'un de nos petits malades, Gaudin (Edouard), couché, en novembre, au nº 5 de la salle Saint-Côme, et dont le rectum sortait de 6 centimètres à son entrée, fut pris d'une violente coqueluche six jours après avoir été cautérisé, et néanmoins la chute ne s'est pas produite une seule fois après l'opération, bien que la plaie ne se soit cicatrisée que fort tard.

Est-il possible maintenant de saisir le rapport intime qui existe entre a récupération de la contractilité du sphincter et l'application du fer rouge? Voici l'explication qui me paraît la plus vraisemblable : il en est de cet état du sphincter anal comme de ces paralysies musculaires indépendantes de la lésion des centres nerveux, ou même de la lésion appréciable d'un cordon nerveux, telles qu'on en voit quelquefois survenir dans le deltoïde, après un long séjour dans une prison humide; ces paralysies peuvent aussi guérir sous l'influence des raies de feu. Le cautère agit alors à travers une faible épaisseur de parties molles, sur le muscle, en faisant pénétrer jusqu'à lui sa chaleur si considérable; c'est là, on le sait, un des plus puissants excitants du système musculaire.

Si cette interprétation des faits dans la guérison de la chute du rec-

tum est exacte, on peut en déduire le corollaire suivant : tout procédé qui parviendra à faire cesser la paralysie du sphincter, soit en simplifiant la cautérisation, soit même en lui substituant d'autres excitants du système musculaire plus puissants, ou moins désagréables, pourra être regardé comme un progrès dans le traitement de la chute du rectum.

Sans doute, le procédé déjà si simple de M. Guersant est bien fait pour séduire par ses résultats brillants, puisqu'il est presque toujours suivi de la guérison ; cependant il n'est pas encore complétement exempt d'inconvénients sérieux ; il faut dire, par exemple, que, dans un bon nombre de cas, la brûlure faite sur la muqueuse rectale se convertit en une espèce de fissure qui est souvent fort douloureuse et peut persister longtemps ; elle a duré vingt-cinq jours chez quatre malades, un mois chez trois, six semaines chez un seul et neuf semaines chez un autre. Ces fissures s'observent surtout à la partie antérieure de l'anus.

Nous avons vu aussi sur un des derniers opérés, Gaudin, les brûlures se convertir en ulcération circulaire, très-douloureuse, à fond gris, à bords durs, et qui a résisté longtemps à des pansements variés. Il est juste de dire que, dans ce cas particulier, l'enfant, sous l'influence de la coqueluche, avait un mauvais état général de santé ; mais, pour plusieurs autres, les brûlures se sont aussi réunies, et leur guérison s'est fait longtemps attendre.

Peut-être que des cautères terminés en pointe, et enfoncés de quelques lignes seulement à travers la peau de l'anus, pourraient remplacer le cautère olivaire.

Une autre déduction de l'explication que j'ai tenté de donner serait le traitement des chutes du rectum *par l'acupuncture électrique*, ou plus simplement par la faradisation. Je ne connais aucun fait qui puisse soutenir ou infirmer cette proposition ; cependant, en réfléchissant aux résultats obtenus par M. Duchenne (de Boulogne), il est très-présumable que l'électricité pourrait rétablir la contractilité dans un muscle accessible comme le sphincter de l'anus.

Mais voici un autre excitant du système musculaire qui a été expérimenté dans un cas à l'hôpital des Enfants, la strychnine. Suffit-il de l'administrer à l'intérieur ? L'expérience prononcera. Dans l'observation suivante, on verra son administration par la méthode endermique suivie de guérison.

OBS. *Chute du rectum déterminée par la constipation. — Traitement par les laxatifs. — Persistance de la chute, mais à un degré moindre. — Traitement par la strychnine. — Guérison.* — Catherine Aimar, âgée de onze

ans, demeurant rue Saintonge, 16, est couchée au n° 25 de la salle Sainte-Thérèse. Elle est bien constituée, et présente cependant quelques glandes engorgées au cou et des croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu. Depuis sa naissance, elle a souvent gardé le lit pour des maladies des voies digestives.

Il y a quatre ans, elle eut une fièvre qui dura cinq semaines, et à la suite de laquelle elle demeura constipée; son rectum commença alors à sortir un peu dans les efforts de la défécation. La constipation devint habituelle; elle ne fut pas combattue, et l'intestin sortit graduellement, au point de faire aujourd'hui une saillie de 10 centimètres.

Malgré cette grande longueur, l'enfant le réduit elle-même facilement, et il reste bien réduit. Chaque jour elle fait en vain trois ou quatre efforts pour aller à la selle, et son fondement sort chaque fois; fréquemment cette constipation est accompagnée de céphalalgie et de douleurs à l'épigastre. Entrée à l'hôpital le 15 novembre, elle n'a pas encore eu de selle.

Le 17, on lui fait prendre 15 grammes d'huile de ricin, ce qui provoque quatre garderobes et quatre chutes du rectum de la longueur du doigt.

Le 18, face vivement colorée, céphalalgie considérable, un peu d'oppression, langue saburrale, pharynx rouge, amygdales tuméfiées, pouls lent et mou. Diète, tisane pectorale; gargarisme acide.

Le 19, ces symptômes ont presque complétement disparu; il y a eu une selle et une chute.

Le lendemain et tous les jours suivants, la malade prend chaque matin trois verres de petit-lait.

Etat de l'anus. — Mes quatre doigts pénètrent sans occasionner la moindre douleur et n'éprouvent pas de constriction; à 4 centimètres au-dessus de l'anus, il existe une large poche formée par l'intestin dilaté. Quand la malade a les cuisses écartées, son anus est béant et ses bords sont éloignés de 4 millimètres.

Malgré l'emploi du petit-lait, la malade reste constipée les 20, 21 et 22; on lui administre alors plusieurs verres de limonade au citrate de magnésie; il en résulte sept efforts de défécation et sept chutes.

Le 24, une selle et une chute, la malade se plaint d'oppression et de douleurs dans les hypocondres et à l'épigastre; anorexie, pouls, 96. Bain.

Le 25, même état.

Le 26, pouls, 100; peau chaude; quelques boutons de varicelle apparaissent; le petit-lait ne peut être toléré par l'estomac.

Le 27, amélioration des symptômes généraux, mais persistance des vomissements quand la malade ingère du petit-lait.

Le 28, on remplace le petit-lait par le lait ordinaire, qui est bien supporté; une selle dans la journée et une chute.

Du 28 novembre au 3 décembre, la malade continue à prendre chaque matin du lait froid, et, dans la journée, du jus de pruneaux ou tout autre laxatif. Pendant cet intervalle, elle a eu régulièrement chaque jour une selle et une chute du fondement. Ce dernier sort d'une longueur moindre qu'à l'entrée de la malade, mais il sort constamment.

Du 3 décembre au 13, la malade a été chaque jour deux fois à la garderobe, et chaque jour sa muqueuse rectale s'est renversée deux fois; les mesures de l'intestin déplacé varient entre 4, 5 et 6 centimètres.

Le 13, au soir, M. Guersant m'autorise à tenter la strychnine. Un petit

vésicatoire, produit par une boulette de coton imbibée d'ammoniaque et maintenue dans un dé à coudre, est placé à la partie supérieure du sillon interfessier, et un autre à la partie interne de la fesse droite, dans le sillon même. Un mélange de 1 centigramme de strychnine et d'un peu de sucre est réparti entre les deux vésicatoires; on recouvre d'un taffetas ciré.

Le 14, ces deux vésicatoires étant encore en bon état, on les saupoudre de 2 centigrammes de strychnine; pas de selle.

Le 15, une selle et une chute, mais ne consistant qu'en un bourrelet muqueux de 1 centimètre de longueur.

Le 16, nouveaux vésicatoires appliqués près des premiers. 2 centigrammes de strychnine; une selle et un bourrelet plus petit encore que la veille.

Le 17, une selle et encore un léger bourrelet; un nouveau vésicatoire est saupoudré de 3 centigrammes de *sulfate de strychnine*, parce que la strychnine de la veille n'a pas été complètement absorbée, bien que le derme fût encore bien dénudé. Dans la journée, la malade ressent quelques secousses convulsives dans les cuisses; elle a une selle, et, pour la première fois, il n'y a aucun renversement de la muqueuse.

Le 18, 3 centigrammes de sulfate de strychnine. Nouvelles secousses sans gravité; une selle et pas de chute.

A partir de ce jour, on a cessé l'emploi des vésicatoires et de la strychnine, l'enfant a eu chaque jour une ou deux selles, et sa muqueuse rectale ne s'est pas montrée une seule fois. L'enfant est sortie le 30 décembre, c'est-à-dire treize jours après la cessation de sa chute.

—Les réflexions que nous ferons sur l'observation de M. Duchaussoy seront courtes. Nous avons eu trop souvent l'occasion de mettre en relief, dans ce journal, les bons effets qui suivent l'emploi de la strychnine par la méthode endermique dans les paralysies locales, pour que le succès qui est venu couronner la tentative de notre jeune confrère puisse nous surprendre.

M. Duchaussoy se demande si l'agent thérapeutique administré à l'intérieur aurait le même résultat? Si notre jeune auteur avait consulté les archives de la science, il eût pu immédiatement trancher la question. Pour ne citer que le *Bulletin*, nous avons (t. XI, p. 31) mentionné l'emploi de la noix vomique que M. Schwartz a signalé comme spécifique dans les cas de chute du rectum. Le médecin assurait l'avoir vue produire, depuis dix ans, les meilleurs effets, non-seulement chez des enfants, mais encore chez des adultes, alors que cette affection négligée était devenue habituelle. Nous pouvons ajouter notre témoignage au sien, et récemment encore nous en conseillions l'usage à un de nos confrères qui nous demandait notre avis sur le meilleur moyen de combattre une procidence de la muqueuse dont il est affecté.

Quant à l'action de l'excitation électrique localisée dans le sphincter anal, les faits que nous avons récemment publiés, sur la possibilité de

développer la contractilité tonique des muscles lorsqu'on employait des courants d'induction avec des intermittences rapides, ne peuvent laisser aucun doute. Du reste, nous avons mieux qu'une assertion à émettre encore ici, et nous pouvons citer le cas d'un malade placé dans le service de M. Boyer, à l'Hôtel Dieu, chez lequel l'application de l'électrisation localisée a été pratiquée avec succès. Nous reviendrons prochainement sur ce fait.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR QUELQUES NOUVELLES PRÉPARATIONS IODÉES.

Parmi les médications nouvelles dont les découvertes de ce siècle ont doté la thérapeutique, il faut placer en première ligne la médication iodique. Un instant dépopularisée par les inconvénients que provoquait l'ingestion d'un corps aussi irritant que l'iode même, elle ne tarda pas à reprendre une vogue nouvelle par suite de la découverte de l'iodure de potassium. La substitution de ce sel, dont l'agression sur le ventricule gastrique est beaucoup moins marquée, offrait aux médecins un agent thérapeutique dont l'usage était beaucoup plus inoffensif. Aussi le produit nouveau a-t-il été expérimenté à l'envi par une foule de praticiens des plus distingués, mais les résultats obtenus sont venus faire oublier les services rendus tout d'abord par l'emploi de l'iode. Comme l'iodure de potassium ne détermine pas dans l'économie les mêmes mutations organiques que l'iode, le composé salin ne saurait pas plus remplacer l'emploi du métalloïde que les sulfures alcalins ou les sels mercuriels ne peuvent être substitués au soufre ou au mercure lorsque ces derniers sont indiqués.

Les recherches qui tendent à rappeler l'attention sur les résultats des essais tentés avec l'iode sont donc appelées à rendre des services à la pratique médicale. Ces travaux sont d'autant plus précieux que, tout en rappelant les résultats thérapeutiques fournis par les premières expérimentations, ils offrent de nouvelles formes pharmaceutiques qui permettront de triompher des obstacles qui ont fait renoncer à l'usage de l'iode. Maintenant, ces tentatives prenant leur source dans un but industriel, celui d'offrir aux malades des préparations destinées à remplacer l'huile de foie de morue, nous devons combattre de nouveau cette prétention de leurs auteurs, sans désirer cependant voir disparaître de nos formulaires ces nouvelles préparations. Si elles ne peuvent être acceptées comme succédanées d'un médicament éprouvé, elles offrent une association qui, venant détruire les effets locaux de l'iode sur l'es-

tomac, doit nécessairement favoriser l'administration de ce puissant agent thérapeutique. Ce n'est pas la première fois que, tout en poursuivant un but chimérique, on aura trouvé de bonnes vérités dont l'art pourra faire sont profit. Reste à l'expérimentation clinique à démontrer jusqu'à quel point les effets de l'iode peuvent être obtenus par ces nouveaux composés, et à décider du choix à faire entre l'huile et l'albumine comme moyens d'aider à l'absorption de l'iode. L'huile change peu les propriétés de l'iode, en est-il de même de l'albumine? Quelques faits dont M. Soubeiran a été le témoin semblent le laisser supposer; cependant, dans une question de cette importance pratique, comme il importe que ces faits soient aussi nombreux que possible, nous ne pouvons mieux faire, pour faciliter les expérimentations, que de placer sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* les diverses formules soumises à la sanction de l'Académie de médecine.

Huile iodée.

M. Berthé, pharmacien à Paris, propose de préparer l'huile iodée en chauffant au bain-marie :

Iode....................	5 grammes.
Huile d'amandes..........	1,000 grammes.

L'huile se décolore et l'iode entre en combinaison assez intime avec l'huile pour que l'amidon n'indique plus sa présence.

Ainsi préparée, l'huile est parfaitement transparente, sans odeur, et n'a pas la saveur désagréable de l'huile iodée préparée au moyen de la vapeur d'eau. Cette huile n'est pas acide, mais elle peut le devenir lorsqu'on la met en contact avec de l'eau ou de la vapeur d'eau.

Nous avons préparé l'huile iodée de M. Berthé, et nous avons reconnu que les faits qu'il avance sont presque tous exacts. Cette huile est préférable à toutes les huiles iodées connues jusqu'à ce jour, parce qu'elle a une saveur moins désagréable que les autres huiles iodées, parce qu'elle est très-facile à faire, et parce que tous les pharmaciens peuvent la préparer sans peine.

Après avoir rendu justice à M. Berthé, nous devons faire remarquer qu'il n'est pas exact de dire que cette huile contient tout l'iode qu'on emploie pour la préparer; car, s'il est facile d'opérer dans un flacon ou dans un ballon ouvert, il est difficile d'arriver au même résultat lorsqu'on opère dans un flacon bouché. Nous n'avons pas analysé cette huile, il est vrai, pour savoir si tout l'iode ne s'y retrouve pas, mais nous avons reconnu qu'il fallait opérer dans un vase ouvert si l'on voulait réussir; et, comme les composés qui se forment lorsque l'iode agit

sur l'huile sont nombreux, il y en a au moins un qui se dégage. D'ailleurs, il n'est pas facile de comprendre qu'un corps qui a des propriétés aussi énergiques que l'iode puisse se dissoudre et disparaître en se combinant à l'huile, sans la modifier plus ou moins profondément.

L'huile iodée préparée dans un vase ouvert ne produit pas d'iodure d'amidon lorsqu'on la mélange avec un peu d'acide sulfurique et un peu de mucilage d'amidon; tandis que l'huile préparée dans un vase fermé en produit très-promptement, quoique le mélange ait été maintenu plus de douze heures dans un bain d'eau bouillante. L'huile préparée dans un vase fermé se colore lorsqu'on l'expose à l'air, l'autre n'éprouve aucune altération.

Huile iodo-phosphorée.

Pour préparer l'huile iodo-phosphorée, M. Berthé se contente de dissoudre le phosphore dans une petite quantité d'huile et d'ajouter ce soluté au reste de l'huile, en même temps que l'iode.

Nous ne voyons rien de bien nouveau dans cette manière d'opérer, car il n'est pas possible de supposer que le phosphore qu'on fait dissoudre dans une petite quantité d'huile ait la propriété de former immédiatement une molécule organique semblable à celle qui est contenue dans l'huile de foie de morue.

Lorsqu'on veut imiter un produit qui s'est formé sous l'influence des affinités chimiques qui régissent les combinaisons dans les corps organisés, il faut, autant que possible, se placer dans des conditions tout à fait exceptionnelles, et chercher à comprendre comment la combinaison qu'on veut imiter peut se produire.

Lorsque nous avons voulu préparer de l'huile iodée pour remplacer, non pas l'huile de foie de morue, mais le principe iodé de cette huile, nous savions que l'iodure de potassium était un réactif très-sensible pour découvrir une graisse acide ; nous savions que l'iode qu'on dissolvait dans l'huile perdait ses propriétés physiques et chimiques en contractant une combinaison avec les molécules de l'huile ; nous supposions que les iodures qui traversaient le foie des morues pouvaient être décomposés, que l'iode qui était mis à nu se trouvait en contact avec le corps gras du foie, ou bien avec les éléments de ce corps gras, et qu'il devenait, placé dans une sphère d'attraction particulière, et sous l'influence des réactions chimiques modifiées par les actions vitales, un des principes constituants de l'huile de foie de morue, de la même manière que le cuivre, le soufre, etc., entrent dans les molécules qui constituent les êtres organisés ; et nous avions pensé qu'en ajoutant assez d'iode à l'huile nous en transformerions une partie en acide iod-

hydrique, tandis que l'autre entrerait, par substitution, dans la molécule déshydrogénée.

S'il était possible de faire cette supposition pour ioder de l'huile, il nous paraît difficile de croire qu'on parviendra à phosphorer une molécule organique en lui faisant dissoudre du phosphore.

Du beurre ioduré et bromuré.

On a encore proposé, pour remplacer l'huile de foie de morue, un mélange de *beurre*, d'*iodure de potassium*, de *bromure de potassium* et de *chlorure de sodium*.

De toutes les propositions qui ont été faites, c'est bien certainement celle-ci qui est la moins heureuse. Nous ne voulons pas dire que ce beurre ne jouit pas de toutes les propriétés d'un analeptique, d'un reconstituant, et qu'il n'est pas un agent puissant à l'aide duquel on puisse lutter contre l'action désorganisatrice des tubercules; mais nous affirmons qu'il ne peut être considéré, en aucune manière, comme un succédané de l'huile de foie de morue, car cette huile ne contient ni iodure, ni bromure.

Nous ne connaissons pas encore le véritable principe actif de l'huile de foie de morue, et nous ne savons pas si son principe aromatique ne contribue pas beaucoup à son efficacité, et s'il ne représente pas, à lui seul, l'agent qui rétablit, dans certains cas, l'équilibre des fonctions vitales.

De l'albumine iodée.

M. Renault, pharmacien à Paris, a proposé de remplacer l'huile de foie de morue par l'albumine iodée, qu'il prépare de la manière suivante :

Pr.	Albumine sèche du commerce..	100	grammes.
	Eau	1,000	grammes.
	Teinture alcoolique d'iode au 10e.	100	grammes.
	Eau	200	grammes.

On pulvérise l'albumine, on la met macérer pendant environ vingt-quatre heures dans l'eau froide, afin qu'elle s'hydrate et se dissolve en partie. On verse dans la teinture l'eau qui doit en précipiter l'iode dans un grand état de division; puis, sans avoir filtré le liquide albumineux, on y verse, par petites portions successives et en agitant, la teinture étendue d'eau. Cela fait, on porte le tout au bain-marie, on l'y maintient sans cesser d'agiter, jusqu'à ce que le résidu de l'évaporation cesse de perdre de son poids. Finalement, on pulvérise et l'on passe au tamis de soie.

Desséchée, l'albumine iodée est en poudre d'un jaune claire, inodore,

de saveur à peine iodique, tout à fait sans action sur le décoctum d'amidon. L'eau la gonfle et la rend opaque, à la manière de la gomme adragante, et elle se partage en deux portions, l'une soluble, l'autre insoluble.

Avant d'avoir à notre disposition la formule de M. Renault, nous fîmes quelques expériences pour étudier l'action de l'iode sur l'albumine, et nous reconnûmes qu'en délayant une partie de blanc d'œuf avec trois parties d'eau, et qu'en passant sans expression le soluté albumineux à travers une étamine, on obtenait un liquide qui avait la propriété de dissoudre assez facilement l'iode.

Cette propriété reconnue, nous opérâmes de la manière suivante :

Pr. Soluté albumineux représentant 40 grammes d'albumine liquide.	160 grammes.
Iode.	0,80 centigr.

Deux centigrammes d'iode par gramme d'albumine liquide, ou bien 15 centigrammes d'iode par gramme d'albumine sèche (nous ne savions pas que M. Renault employait 10 centigrammes d'iode par gramme d'albumine sèche).

Mettez l'iode dans un mortier, ajoutez un peu d'eau albumineuse et triturez ; versez la solution lorsqu'elle est très-colorée, dans un ballon et continuez d'opérer par fractions ; bouchez le ballon, laissez l'iode et l'albumine réagir l'un sur l'autre pendant vingt-quatre heures ; chauffez le ballon au bain-marie, en agitant continuellement, jusqu'à ce que l'albumine paraisse incolore. Pour terminer cette préparation, il faut la faire dessécher au bain-marie, la pulvériser, la renfermer dans un flacon et boucher le flacon avec soin.

Lorsqu'on abandonne le soluté iodo-albumineux, il se décolore peu à peu, se trouble et devient acide ; lorsqu'on élève la température, on favorise la réaction, et l'acide iodhydrique qui se forme en plus grande quantité se combine à l'albumine et la précipite sous la forme d'albumine insoluble très-divisée.

Il ne faut pas croire que c'est la chaleur qui fait passer l'albumine soluble à l'état d'albumine insoluble, car la réaction commence très-promptement et la température du liquide contenu dans le ballon ne dépasse pas 51 degrés. Nous n'avons pas répété cette expérience assez de fois pour affirmer qu'une température de 50 degrés serait suffisante pour opérer la combinaison, si l'on chauffait de suite la solution iodée.

Si nous cherchons maintenant à tirer des conclusions des faits que nous venons d'exposer, nous dirons :

L'huile iodée de M. Berthé est préférable à toutes les huiles iodées connues jusqu'à ce jour.

L'huile iodo-phosphorée est inutile. On peut, si l'on veut adminis-

trer un mélange de cette nature, prescrire de l'huile iodée et de l'huile phosphorée, mais on doit être persuadé qu'on n'administrera jamais un composé phosphoré analogue à celui qui se trouve dans l'huile de foie de morue.

Le beurre ioduré et bromuré ne peut remplacer ni l'huile iodée ni l'huile de foie de morue.

L'albumine iodée ou l'albumine iodhydrique ne peut pas être présentée comme un succédané de l'huile de foie de morue, mais elle doit être considérée comme un médicament nouveau, qui permet d'administrer sans crainte un agent thérapeutique d'une haute valeur. Si nous approuvons l'emploi de l'albumine iodhydrique, nous ne jugeons pas les préparations pharmaceutiques proposées par M. Renault, parce que nous ne les connaissons pas; mais nous dirons que la forme de tablettes au chocolat, choisie par M. Soubeiran, est préférable à toutes les préparations qu'on puisse imaginer, et qu'il ne faut pas penser à préparer un sirop avec cette albumine.

Nous recommanderons à M. Renault, à qui appartient cette découverte, d'essayer l'albumine liquide, et nous sommes persuadé qu'en conservant son dosage, il sera plus content de l'emploi de cette albumine que de l'emploi de l'albumine sèche du commerce.

SIROP D'ALBUMINE.

Notre confrère, M. Stanislas Martin, ayant publié, dans le dernier numéro du *Bulletin général de Thérapeutique,* la formule d'un sirop albumineux, nous croyons utile de faire connaître la formule du sirop d'albumine que nous avons insérée dans notre Traité des saccharolés, parce que le sirop de M. Stanislas Martin ne peut pas être considéré comme une préparation pharmaceutique, mais seulement comme un moyen de conserver les blancs d'œufs. Voici notre formule :

Pr.	Blancs d'œufs..................	160 grammes.
	Eau distillée..................	160 grammes.

Délayez et passez.

Pr.	Liqueur passée.................	265 grammes.
	Sucre........................	500 grammes.
	Huile volatile d'amandes amères...	une goutte.

Pesez dans un ballon, laissez en contact pendant deux jours et chauffez au bain-marie, très-doux. Après le refroidissement, passez et versez dans de petites bouteilles bien sèches; ajoutez dans chaque bouteille quelques gouttes d'hydrolé de sulfite de soude, bouchez-les et cachetez-les sans les renverser.

Ce sirop peut être conservé plusieurs années. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DE L'IODE EN APPLICATIONS TOPIQUES DANS L'ÉRYSIPÈLE ET LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

L'emploi des topiques dans le traitement de l'érysipèle s'est beaucoup généralisé dans ces derniers temps. Il me semble cependant que l'on n'a pas accordé une suffisante attention aux applications topiques de teinture d'iode, recommandées, il y a déjà quelques années, par M. Davies (d'Hertfort). Le fait est que de tous les remèdes que j'ai employés, aucun ne m'a paru approcher de celui-ci pour son efficacité. Depuis quatre ans, j'ai traité ainsi au moins trente érysipèles, dont plusieurs très-graves, tous idiopathiques, affectant pour la plupart la face et la tête, mais quelques-uns aussi bornés aux extrémités, et je crois pouvoir résumer les effets que j'en ai obtenus et les principes qui en règlent l'emploi dans les propositions suivantes :

1° L'application locale de teinture d'iode sur toute la partie affectée paraît exercer une action spécifique sur l'érysipèle.

2° Ainsi qu'on pouvait le penser *à priori*, plus tôt l'application est faite, et plus rapidement se manifestent ses bons effets.

3° Il faut, jusqu'au moment de la convalescence, revenir à ces applications dès que la couche d'iode est en grande partie vaporisée, et cela malgré la sensation très-vive de picotement et de brûlure que ces applications déterminent ordinairement.

4° La teinture d'iode n'agit pas, comme le nitrate d'argent, en s'opposant à la propagation de la maladie au delà des limites de son application, mais bien *localement*, en déterminant l'absorption rapide de l'exsudation dans le tissu aréolaire sous-jacent.

5° Tout restant égal, ces applications sont également utiles dans les formes sthéniques et asthéniques de la maladie;

6° Les effets de cette médication ne sont pas seulement locaux ; car dans tous les cas graves que j'ai traités ainsi, j'ai observé une modification très-prononcée dans les symptômes généraux, l'amélioration de l'état général paraissant coïncider avec celle de l'état local ; dans quelques cas cependant, et lorsque l'inflammation externe s'étendait, on voyait, comme si la maladie eût perdu ses forces, se manifester une amélioration intérieure très-sensible, le pouls devenir plus souple et moins fréquent, la langue plus nette et plus humide, et l'état de souffrance plus supportable.

Je crois donc que ces applications d'iode n'agissent pas seulement

loco dolenti, en faisant tomber l'irritation locale, mais en influençant l'état général, qui tient sous sa dépendance l'exanthème cutané. Maintenant, je ne prétends pas dire que ce moyen réussira constamment ; seulement, ce que je puis affirmer, c'est qu'entre mes mains il n'a jamais fait défaut. J'ajouterai que, sauf dans les cas très-légers, je ne me suis jamais borné à ces applications topiques, et que j'ai toujours mis en usage parallèlement les médicaments internes qui me paraissaient indiqués, purgatifs ou toniques, etc.

Frappé des résultats que j'avais obtenus dans l'érysipèle, je me suis demandé si de larges applications de teinture d'iode, faites sur l'abdomen, ne pourraient pas avoir des effets avantageux dans la péritonite puerpérale. Je me disais que ces applications exerceraient probablement une action révulsive des plus puissantes, et que, d'un autre côté, ce traitement n'excluait en rien ni l'emploi des moyens généraux ordinaires, ni celui des autres moyens locaux usités en pareille circonstance, tels que les larges cataplasmes, les fomentations tièdes, moyens qui pourraient encore avoir l'avantage de faciliter l'absorption de l'iode et son action sur l'état général.

Le hasard n'a pas tardé à me fournir l'occasion de vérifier la justesse de mes prévisions. Au mois d'avril 1850, au mois de novembre de la même année, au mois de décembre 1851, et enfin dans le courant de l'été 1852, j'ai eu l'occasion de traiter des péritonites puerpérales, toutes très-graves, avec tympanite considérable, diarrhée abondante, suppression des lochies et tendance à la mort par asthénie. J'ai eu, en outre, à traiter trois autres cas, d'un diagnostic plus douteux, mais dans lesquels l'existence d'une tympanite considérable et la sensibilité de l'abdomen ne pouvaient cependant permettre de nier la participation du péritoine et l'inflammation de l'organe utérin. Dans tous ces cas, j'ai fait usage du traitement rationnel ordinaire, et dans trois sur quatre des cas graves, j'ai ajouté l'emploi des saignées générales ou locales. Les applications topiques de teinture d'iode ont eu toujours pour effets immédiats de calmer, de la manière la plus manifeste, la sensibilité abdominale et de faire tomber rapidement la tympanite. Dans les cas que j'ai traités ainsi, le soulagement a été des plus marqués, et les malades avaient tellement la conscience du bien qu'elles en éprouvaient que, malgré la sensation de brûlure et de douleur qu'elles ressentaient de cette application, elles ne cessaient de me prier d'y revenir.

Sans doute, ces faits sont insuffisants pour juger la question ; mais, si je ne suis pas parvenu à prouver l'efficacité de ce moyen dans la péritonite puerpérale à forme adynamique, au moins les faits précédents

sont-ils de nature à engager les praticiens à répéter mes expériences, car je crois pouvoir conclure de ce que j'ai observé :

1° Que l'application large et souvent répétée (deux fois par jour au moins) d'une couche épaisse d'iode sur l'abdomen, dans la forme adynamique de la péritonite puerpérale, ne présente aucun danger;

2° Que, au moins à titre de révulsif, cette application présente une véritable utilité ;

3° Enfin que, suivant toutes probabilités, cette application doit exercer, dans certains cas, une influence *sui generis* sur l'espèce particulière d'inflammation du péritoine dont il vient d'être parlé.

En terminant, je ferai remarquer que ce n'est pas la teinture alcoolique d'iode que j'ai employée, mais bien la teinture éthérée, et encore la teinture éthérée complétement saturée, c'est-à-dire une espèce de bouillie ou de magma, que j'étends, soit avec un pinceau, soit avec la barbe d'une plume, sur les parties malades.

H. Norris,
Ancien président de la Société royale de médecine d'Edimbourg, médecin à South Peterton (Ecosse).

BIBLIOGRAPHIE.

De la médication thermale sulfureuse appliquée, par M. Gustave Astrié. — (In-4° de 328 pages, avec des tableaux. — Paris, chez Labé.)

L'étude médicale des eaux minérales tend de plus en plus à prendre en France une direction sérieuse. Une voie nouvelle et pleine d'avenir y a été ouverte par l'institution d'une sorte de clinique thermale aux stations principales. Cette institution, d'origine trop récente et trop peu généralisée encore pour avoir pu porter ses fruits, a eu du moins l'avantage de surexciter le zèle des observateurs placés dans les circonstances les plus favorables pour ce genre d'études. Un certain nombre d'œuvres sérieuses, publiées dans ces dernières années, témoigne déjà de ce qu'il est permis d'attendre d'une bonne et forte direction imprimée à l'hydrologie médicale. Parmi ces œuvres, nous signalerons notamment une excellente thèse sur la médication thermale sulfureuse, soutenue l'année dernière à la Faculté de médecine de Paris, par M. Gustave Astrié.

Témoin de bonne heure de l'heureuse application de la médication sulfureuse, et initié, jeune encore, à la pratique des eaux minérales, grâce à la longue expérience thermale de son père, M. Gustave Astrié

a puisé dans ces conditions favorables le goût et la pensée de recherches sérieuses sur le groupe si important des sources sulfureuses. L'objet qu'il s'est proposé et le plan qu'il a adopté dans ces études méritent que nous les fassions connaître ici avec quelques détails, et que nous les signalions comme un exemple à suivre par les jeunes médecins qui se proposeraient de se consacrer à la pratique de la médecine thermale.

Voyant dans les eaux minérales une *solution* médicamenteuse admirablement formulée, à la fois stable dans la composition et variée dans la série thermale, et des influences auxiliaires importantes, M. Astrié a d'abord étudié ces eaux comme on étudie tout autre agent thérapeutique. En signaler les qualités et les formes pharmaceutiques, un peu différentes dans chaque groupe ou dans chaque source; déterminer la valeur relative des éléments principaux de la formule hydrologique; établir la part précise qui revient au mode balnéaire et aux influences hygiéniques; étudier dans chaque station thermale sulfureuse, 1° le signalement physique et chimique des sources, 2° la méthode balnéaire usitée, 3° les conditions hygiéniques, et 4° l'emploi thérapeutique spécial; déterminer, par tous les moyens connus d'étude expérimentale et raisonnée, l'action chimico-physiologique, l'action dynamique et les modes médicateurs que peuvent présenter à la thérapeutique thermale les divers groupes d'eau hépatique, avec leurs agents auxiliaires séparés ou associés; déduire enfin, de ces données et d'une vaste observation clinique les indications, les contre-indications générales et spéciales de toutes les eaux sulfureuses et leurs applications au traitement des maladies auxquelles leur mode thérapeutique est approprié, tels sont les sujets principaux du vaste cadre de recherches que M. Astrié a entreprises, et dont cette thèse est un commencement d'exécution.

Conformément à ce plan, l'auteur a consacré la première partie de son travail à la description de quelques stations principales, qui font partie de ce qu'il appelle la *matière médicale* des eaux sulfureuses. Ces stations, comprises sous quatre groupes, d'après l'analogie de leur composition chimique, sont : Ax-les-Bains, Bagnères-de-Luchon (eaux sulfurées sodiques); Enghien et Uriage (sulfurées calciques et hydrosulfuriques); Aix et Brousse (hydrosulfuriques salines); Loneschc (sulfureuses adventives). L'étude des propriétés physiques et chimiques et de l'action physiologique et thérapeutique des diverses sources composant chacune de ces stations, est suivie de la climatologie et de la description des conditions hygiéniques qui leur sont spéciales. Dans la deuxième partie, l'auteur étudie la médication thermale sulfureuse ap-

pliquée, en établissant pour chaque groupe pathologique ou pour chaque maladie l'importance thérapeutique des eaux sulfureuses, leurs indications et leurs contre-indications ; tâche immense au premier abord et qui semblerait impliquer une revue de tout le cadre nosologique, mais considérablement simplifiée, grâce au soin qu'a eu l'auteur de restreindre le cadre de ces études aux affections dans lesquelles l'expérience des temps a démontré l'utilité de la médication sulfureuse thermale, c'est-à-dire aux maladies chroniques, et plus spécialement à quelques groupes, à quelques espèces, telles notamment que les maladies dartreuses, les scrofules, les affections rhumatismales, les maladies catarrhales, les chloro-anémies et les états cachectiques, les phlegmasies et les hypérémies chroniques, les névropathies et enfin quelques affections traumatiques et chirurgicales.

Bien qu'ainsi restreinte, on comprendra encore toute l'étendue de la tâche que s'est imposée M. Astrié, lorsque nous dirons que pour chacune de ces spécialités morbides il a dû exposer les données pathologiques importantes à connaître pour les applications rationnelles et l'intelligence des effets médicateurs des sources, étudier selon quel mode s'opère leur guérison ou leur amélioration, fixer les règles du traitement et le degré de valeur et de prévalence des sources principales, et faire, enfin, l'exposé général des indications et des contre-indications, des inconvénients et des insuccès des eaux sulfureuses.

Un semblable travail ne peut ni s'analyser, ni se résumer ; il faut se borner à en bien déterminer le but, à en faire connaître le plan et l'esprit général dans lequel il a été exécuté. Là se borne notre rôle ; mais, pour l'accomplir jusqu'au bout, il nous reste à faire connaître la profession de foi médicale de l'auteur, parce qu'elle donne la clef de la méthode d'appréciation et d'interprétation des faits de thérapeutique thermale.

« Fidèle à la tradition des vieux maîtres, dit M. Astrié, et tout en tirant honneur et profit des progrès imprimés à la notion anatomo-physiologique des maladies par l'organicisme qui domine l'esprit médical actuel de l'enseignement de Paris, nous faisons en thérapeutique une large part aux doctrines humorales et au vitalisme bien défini. Ce vitalisme se résume, pour nous, dans cette force inhérente à l'organisation humaine qui crée, forme, conserve les appareils organiques, associe, harmonise leurs fonctions pour un but commun et final, la vie, avec tous ses modes et ses manifestations multiples. Telle que nous la concevons, cette force se manifeste surtout dans le fonctionnement et l'équilibre des systèmes sanguin, nerveux et viscéraux ; dans ces réactions par lesquelles l'organisme essaye de se soustraire à l'action

des agents extérieurs ; dans l'évolution régulière du groupement et du développement des organes ; dans les synergies fonctionnelles ; dans la marche imprimée aux maladies ; dans tous les actes de la spontanéité humaine... S'il y a, et c'est incontestable, des lésions morbides limitées à un organe, à un appareil, il nous paraît manifeste que le plus souvent l'ensemble de l'organisme, ou tout au moins d'un ou de plusieurs systèmes, est intéressé dans l'état pathologique... »

Ces idées, puisées à la source des vrais principes qui dominent et dirigent la médecine pratique, se concilient parfaitement, dans l'esprit de l'auteur et dans les applications qu'il en fait à l'étude de la médication en question, avec les progrès de la physiologie. C'est ainsi qu'il se sert avec beaucoup de bonheur, pour expliquer certaines actions thérapeutiques, de quelques-uns des faits de physiologie pathologique révélés par les belles expériences de M. Bernard, notamment celles qui démontrent la solidarité qui existe entre les fonctions du foie, des poumons, des reins et de la peau, pour démontrer à son tour qu'en modifiant les fonctions d'un organe, la peau, les poumons, les reins, on peut agir sur celles du foie, des organes nutritifs, et que le traitement local est utile, même alors que l'on a affaire à une maladie généralisée, diathésique.

Nous avons cru devoir citer ces quelques passages pour donner une idée de la manière large et élevée avec laquelle M. Astrié a traité cet important sujet.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Exostose éburnée de l'os ethmoïde occupant toute la masse latérale droite de cet os. — Extirpation complète. — Guérison rapide avec conservation parfaite des fonctions et des mouvements de l'œil. — M. Maisonneuve vient de présenter à l'Académie un jeune homme chez lequel il a fait, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf et dure comme de l'ivoire, avait complétement chassé l'œil de l'orbite, et causait au malade d'intolérables douleurs. Par une opération aussi heureusement exécutée que hardiment conçue, M. Maisonneuve en a fait l'ablation complète, et, chose remarquable, l'œil replacé dans l'orbite a complétement recouvré la faculté de voir. Tous ses mouvements ont été conservés, et la physionomie ne présente pas la moindre altération. Voici les détails de cette opération.

Obs. Joffrin (Théodore), âgé de vingt-deux ans, journalier, d'une con-

stitution robuste, raconte que vers les premiers jours du mois de mars 1853 il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et des douleurs sourdes; en même temps il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre. Il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable, il lui semblait que son œil était pressé dans un étau. Cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant. C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin. Celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure, placée vers la partie profonde et la partie interne de l'orbite; et considérant avec raison cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris et à venir consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet que ce chirurgien le vit pour la première fois; l'œil droit était complétement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe. Les paupières ne le recouvraient que fort incomplétement, aussi la conjonctive était-elle le siége d'un certain degré d'inflammation. Les larmes, cependant, continuaient leur cours régulier, et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie. A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait au toucher la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde, et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse; elle était peu sensible à la pression, mais elle était le siége de douleurs sourdes qui fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre. En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita point à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée.

Quelle était la cause de cette affection? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner à cet égard le moindre éclaircissement; il n'avait jamais reçu de coup sur l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affections cutanées, d'accidents scrofuleux. Néanmoins, avant de rien entreprendre, le chirurgien, M. Maisonneuve, crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre altération.

Le malade désirait vivement l'opération. M. Maisonneuve se rendit à ses instances, et l'exécuta, le jeudi 14 juillet, de la manière suivante : le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna, par une incision demi-circulaire, toute la partie interne de la circonférence de l'orbite, en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire, et même la poulie du grand oblique. Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles, puis commença la partie difficile de l'opération.

La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des

deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement, et semblait se continuer, non-seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité postérieure était située trop profondément pour qu'il fût possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise. M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec une scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc.; l'étroitesse de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas de faire usage de ces instruments. On essaya alors les pinces de Liston; mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compacte, que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer. Plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses : deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides. Une autre pince, fournie par M. Charrière, qui assistait à l'opération, eut le même sort.

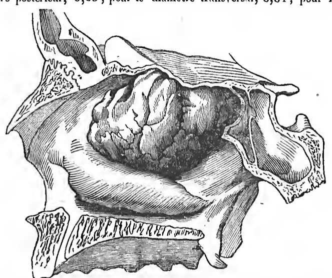
Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instruments sécateurs, le chirurgien envoya chercher un ciseau à froid; puis, à l'aide de cet instrument et d'un maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait toujours et ne se laissait point entamer; un de ses mamelons seulement, gros comme une noisette, se détacha après bien des efforts et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fût cependant la circonstance qui décida le succès. En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure, au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile. Cette mobilité, toutefois, était bien peu prononcée, car il fallut un examen attentif pour établir bien positivement son existence.

Un grand résultat était acquis : cette tumeur, si réfractaire à toute tentative de section, s'était détachée en masse; elle était mobile, il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation : mais de nouvelles difficultés attendaient encore l'opérateur. Cette tumeur éburnée formait, du côté des fosses nasales, un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux, formé en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toute sorte, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc. M. Maisonneuve, portant aussitôt le doigt dans l'excavation profonde produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissé par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé; les os voisins de la tumeur avaient été scrupuleusement ménagés. Aussi M. Maisonneuve ne craignit-il pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher par première intention les lèvres de la plaie, au moyen de la suture entortillée. L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade, soumis au chloroforme, s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.

En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de craindre que des accidents graves ne dussent se manifester soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face et surtout du côté de l'œil. Il n'en a rien été. L'œil remis en position a repris presque immédiatement ses fonctions. Ses mouvements eux-mêmes ont tous été parfaitement conservés ; la plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a, pour ainsi dire, pas été sensible.

L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse complétement éburnée, dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde (*fig.* 1 et 2). Ses dimensions étaient pour le diamètre antéro-postérieur, 0,05 ; pour le diamètre transversal, 0,04 ; pour le

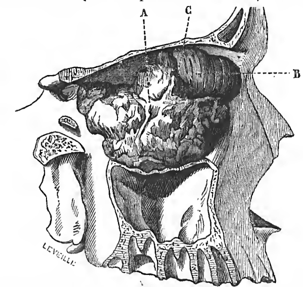


diamètre vertical, 0,04. La face interne est lisse et régulière, l'externe convexe et mamelonnée. La supérieure présente en avant une excavation profonde où se voient les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal, dans une étendue de 2 centimètres.

L'antérieure est divisée verticalement par une rainure dont les bords mamelonnés embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire. Enfin, la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique. Cette tumeur pesait 28 grammes.

Le malade, présenté à l'Académie, est dans des conditions telles,

qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée. La cicatrice est imperceptible ; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation ; il exécute tous les mouvements d'élévation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation. Les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé. M. Maisonneuve, pour bien faire comprendre la position de cette tumeur, l'a fait dessi-



ner enveloppée d'un os maxillaire. Il l'a présentée aussi à l'Académie, enchâssée dans les os d'une tête d'adulte. On se demande comment, dans une pareille position, ce chirurgien a pu réussir à désenclaver une pareille tumeur.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BICARBONATE DE SOUDE. *Son emploi comme antiphlogistique.* Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'usage des alcalins en thérapeutique, à titre de moyens antiphlogistiques. Leur action particulière et spéciale sur le sang, dont ils diminuent la plasticité, les a fait employer depuis longtemps déjà dans le traitement des inflammations, et tout le monde sait que dans le traitement de la pneumonie, Mascagni, immédiatement après une saignée, mettait les malades à l'usage d'une eau faiblement chargée de carbonate de soude ou de potasse. D'après cet auteur, cette boisson rendait les crachats moins visqueux, plus liquides ; ils perdaient peu à peu la densité qu'ils avaient dans le commencement, et étaient expectorés avec une grande facilité ; en même temps, il survenait une sueur abondante et des évacuations d'urine, qui se

montraient salutaires. Aux carbonates de soude ou de potasse, très-difficilement supportés par les malades, M. le docteur J. Lemaire vient proposer de substituer le bicarbonate de soude, sel très-facilement décomposable dans l'économie et ayant pour base l'alcali qui entre dans la composition du sang. C'est aussi par une vue chimique qu'il a été guidé dans l'adoption de ce moyen, pour enlever au sang l'excès de fibrine qu'il contient, tandis que Mascagni prescrivait les alcalins comme moyen dissolvant des concrétions pseudo-membraneuses.

C'est à la dose de 8 grammes dans les vingt-quatre heures et dans une potion composée d'eau commune; 350 grammes, et sirop de fleurs d'oranger 30 grammes, à prendre par cuillerée à soupe tous les quarts d'heure, que M. Lemaire administre le bicarbonate de soude chez l'adulte. Pour les enfants de cinq à neuf ans, la dose varie de 3 à 6 gr. Pour les tout jeunes enfants, on peut débuter par 1 gr. et aller graduellement jusqu'à 3 gr. par jour. Dans le cas où le malade ne pourrait prendre le médicament, soit par la difficulté de la déglutition, soit par répugnance ou par tout autre motif, on pourrait l'administrer sous forme de bain : 400 grammes de bicarbonate pour 200 litres d'eau.

M. Lemaire a essayé ce traitement dans la pneumonie, l'angine couenneuse et le croup. Les premiers effets observés ont été toujours une amélioration de l'état général : diminution de la chaleur, de la sécheresse et de l'aridité de la peau, moiteur et transpiration; chute du pouls, qui est descendu une fois de 115 à 90 dans les vingt-quatre heures ; disparition de l'anxiété, de l'agitation, de la céphalalgie ; augmentation de la quantité des urines, qui deviennent alcalines. L'état local, c'est-à-dire l'organe atteint de phlegmasie, ne s'est amélioré qu'après un mieux très-notable survenu dans l'état général. Ainsi, dans le croup, c'est après la cessation complète de la fièvre que les fausses membranes diminuèrent d'épaisseur et d'étendue, puis disparurent. Dans la pneumonie, pas de changements bien appréciables dans les signes physiques avant quarante-huit heures, à partir de l'emploi du médicament. — Il suit de là, et malgré les conclusions favorables exprimées par M. Lemaire au sujet du bicarbonate de soude à titre d'antiphlogistique, que ce moyen n'est d'une certitude ni d'une efficacité bien constatées dans les phlegmasies. Faire tomber l'état général fébrile est sans doute quelque chose dans une phlegmasie, et la vératrine l'emporte à cet égard sur tous les moyens connus ; mais la résolution de l'état local est une chose non moins importante, à laquelle, il faut bien le dire, ne peuvent travailler efficacement les alcalins, parce qu'ils appauvrissent le sang et disposent même, comme cela a eu lieu chez deux malades de M. Lemaire, à des hémorrhagies. Les alcalins sont donc des moyens puissants, mais dont l'emploi doit être d'autant plus surveillé que les malades auxquels on les administre ne puisent pas dans l'alimentation les moyens de réparer la brèche fâcheuse apportée à la composition du sang ; aussi, jusqu'à preuve du contraire, nous conservons des doutes sur l'efficacité réelle de cette médication dans les phlegmasies aiguës. (*Moniteur des hôpitaux.*)

DYSPEPSIE *traitée avec succès par l'usage du sucre candi.* Un fait dont quelques praticiens, et des plus haut placés, sont loin d'être convaincus, est l'innocuité de l'usage du sucre dans les cas de dyspepsie et de gastralgie ; à ce titre, nous croyons devoir signaler le cas suivant, qui, s'il ne tranche pas la question, montre au moins que cette substance, si recherchée par certains malades, n'a pas toujours les inconvénients qu'on lui prête. Une dame de 29 ans éprouvait, depuis plusieurs années, des pesanteurs, des tiraillements et parfois des douleurs d'estomac. Elle prit longtemps des infusions de thé, de menthe, des potions antispasmodiques, etc. ; non-seulement sans succès, mais souvent avec augmentation de malaise. M. le docteur Plouviez eut l'idée de lui conseiller de prendre quelques morceaux de sucre candi aussitôt qu'elle se sentait souffrante et de les sucer jusqu'à leur dernière dissolution. Depuis cette époque, la malade se soulage à l'instant, à son gré, à l'aide de ce moyen; la digestion se fait mieux et elle se trouve également bien hors de ses repas. (*Ann. méd. psychol.*, juillet.)

ÉPILEPSIE (*Compression des carotides comme moyen propre de modérer les accès d'*). C'est à tort que les médecins n'emploient pas plus souvent la compression des carotides. Indépendamment de ce que cette compression a pour résultat de suspendre l'arrivée au cerveau de la plus grande quantité de sang qui afflue à cet organe, elle peut être difficilement exercée sans que les nerfs vagues soient eux-mêmes comprimés, et de cette compression simultanée résultent des effets très-favorables dans les cas dans lesquels il y a lieu de chercher à suspendre l'influx nerveux, momentanément exalté et exagéré. C'est ainsi que la compression agit certainement pour calmer les convulsions, les accès d'hystérie et même d'épilepsie. M. le professeur Albert, de Bonn, qui revient sur cette pratique, à propos de cette dernière maladie, dit avoir réussi plusieurs fois, lorsque la respiration était très gênée, le cou fortement tuméfié et la face très-rouge. Il l'a employée, entre autres, chez un homme de vingt-cinq ans, qui avait des accès presque journaliers, et dont la durée était d'une demi-heure à un quart d'heure. Après chaque accès, le malade restait plusieurs heures avant d'être revenu parfaitement à lui. Quelques minutes après qu'on avait établi la compression, en appliquant le pouce et l'index sur les côtes du larynx, la respiration devenait moins gênée, les crampes des membres cessaient, puis le visage perdait sa rougeur, et le malade revenait promptement à lui. (*Gazette méd.*, et *Ann. de la Flandre occid.*)

FISSURE A L'ANUS. (*Nouveau fait à l'appui du traitement de la*) *par l'emploi topique de l'onguent de la Mère.* Nous avons été des premiers à insister sur les avantages de ce traitement simple et facile de la fissure à l'anus, traitement qui consiste à introduire dans le rectum une longue mèche de charpie, de la grosseur d'une plume à écrire, et recouverte d'un mélange à parties égales d'onguent de la Mère et d'huile d'olive, à la placer sur la fissure et à la renouveler toutes les vingt-quatre heures. Malgré les faits si favorables que nous rapportions à l'appui de ce traitement, nous doutons que sa simplicité même lui ait fait beaucoup de prosélytes; et c'est parce que depuis la publication des faits de M. Campaignac et la discussion académique dont ces faits furent le point de départ, nous n'avons trouvé nulle part l'indice de l'adoption de ce mode de traitement de la fissure anale, que nous croyons utile de rapporter le fait suivant, consigné par M. Putégnat dans le dernier numéro du Journal de médecine de Bruxelles :

M. A., âgé de quarante-cinq ans, tempérament bilioso-sanguin, d'une très-grande activité, d'une très-heureuse santé habituelle, à part des hémorrhoïdes internes non fluentes, vint consulter M. Putégnat dans les premiers jours de novembre 1852, pour une douleur vive à l'anus après les évacuations alvines, se représentant par la chaleur du lit, et reparaissant avec violence depuis quelques jours, après avoir diminué sous l'influence des bains, des lavements, de tisanes rafraîchissantes et d'un régime léger. L'introduction de l'index, pratiquée difficilement et causant une douleur excessive, lui fit reconnaître une fissure à l'anus, siégeant en arrière. M. Putégnat conseilla un régime composé de viandes blanches et de tisanes délayantes; pour chaque jour, le matin, un grand lavement huileux, afin de vider l'intestin; puis après, un bain d'une heure. A la sortie du bain, il plaça une mèche de charpie longue, petite et enduite d'un mélange, à parties égales, d'onguent de la Mère et d'huile d'olives, en ayant soin de l'appliquer sur la fissure. Le quatrième jour, il y eut déjà une légère amélioration dans la position du malade, et, le quinzième, la cure fut complète; ainsi, M. A. ne souffrait plus ni pendant ni après les évacuations alvines. Pendant la durée de son traitement, le malade a continué de se livrer à ses occupations habituelles, qui exigent le travail du cabinet, des courses à pied et en voiture.

GUANO (*Bains et lotions de*) *dans les maladies cutanées.* C'est en Amérique qu'on a songé à utiliser, il y a quelques années, pour la première fois, les propriétés stimulantes du guano. Plus tard, Récamier s'en était bien trouvé dans diverses affections, et en particulier dans certaines cachexies, telles que la chlorose. Dans les maladies de la peau, on en a fait assez grand usage par delà

l'Atlantique, et, d'après M. Desmartis, ce médicament offrirait pour les maladies cutanées des ressources bien dignes de fixer l'attention des praticiens. Dans des cas de pemphigus, il aurait vu le mal disparaître sans retour après deux ou trois bains, dans lesquels il avait fait dissoudre 500 gr. de guano. Contre la teigne, des lotions répétées sur la tête préalablement rasée, avec une solution contenant de 60 à 100 gram. de guano, auraient amené une guérison complète après un ou deux mois. Des psoriasis, des eczémas chroniques et réputés incurables, auraient cédé complétement après un temps plus ou moins long. Des taches fort étendues de la cornée, leucoma, albugos, même fort épais, auraient guéri radicalement par des instillations avec cette substance délayée dans l'eau. Chez les sujets scrofuleux et couverts d'ulcères, le guano en lotions, en injections, en bains, aurait été fort utile pour arrêter cette suppuration incessante et la dégénérescence des tissus sur une plus grande surface. Enfin, dans les cancers largement ulcérés, des lotions de guano auraient agi comme astringents, en resserrant fortement ces ulcères incurables, et auraient empêché le développement d'érysipèles douloureux. Pour les bains, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la dose est de 500 gr. par bain ; pour les lotions, la dose est de 50 à 60 gram. par litre d'eau; on arrive graduellement à 120 gram. et plus, suivant les circonstances. Pour éviter le précipité qui trouble le liquide et pour lui donner un aspect agréable, on doit filtrer après ébullition, et l'on a alors une solution d'une jolie couleur dorée. On peut employer le guano pour en faire une pommade dans laquelle on fait entrer de 2 à 10 gram. de guano par 30 grammes d'axonge. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

LACTATE DE FER (*Tumeur érectile de l'orbite traitée avec succès par une injection de*) *et des piqûres avec des aiguilles rougies au feu.* Nous avons été des premiers à élever des doutes sur l'innocuité des injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes, et rien ne nous serait plus facile que de triompher des insuccès qui en ont suivi l'emploi sur une grande échelle. Mais autant nous voulons prévenir les médecins contre des illusions trop avantageuses à cette méthode de traitement, autant nous serions fâché qu'on la rayât complétement du cadre de nos moyens thérapeutiques. La méthode des injections dans les sacs anévrysmatiques n'a certainement pas dit son dernier mot. Qui sait, par exemple, si on ne pourrait pas substituer au perchlorure de fer un autre sel moins irritant et moins dangereux ? En supposant même que cette méthode ne pût être appliquée au traitement des anévrysmes volumineux, ne pourrait-elle pas être conservée pour le traitement des anévrysmes variqueux, des tumeurs érectiles artérielles ou veineuses, des varices et des tumeurs variqueuses?

Ces réflexions nous sont suggérées par le fait suivant, si intéressant, consigné par un médecin américain, M. Brainard, dans un journal anglais : il s'agit en effet d'une opération hardie, l'injection d'une solution de lactate de fer (40 centigram. pour 4 grammes d'eau distillée), préalablement filtrée avec soin, dans une énorme tumeur érectile qui remplissait toute l'orbite, avait refoulé l'œil en bas et en dehors, projetant devant elle des fongosités formées aux dépens de la conjonctive, et se prolongeant sur la racine du nez et la partie interne de l'arcade sourcilière, où elle formait un gonflement élastique qui avait détruit la paroi osseuse. Cette tumeur était accompagnée de battements coïncidant avec les pulsations artérielles, et donnait sous la main un frémissement très-distinct. Déjà un an auparavant, M. Brainard avait pratiqué à cet homme la ligature de la carotide primitive pour cette même tumeur, qui était alors bien moins volumineuse, et dont le développement remontait à quatre mois seulement, à la suite d'une chute de cheval dans laquelle il s'était fracturé la branche de la mâchoire inférieure. Cette ligature avait été pratiquée parce que ce chirurgien avait pu s'assurer que la compression de la carotide faisait cesser immédiatement les battements. Effectivement, on put d'abord croire que cette ligature serait suivie de succès; mais dès le troisième jour, il y avait déjà de légers battements et de légers bruits dans la tumeur. Grâce à un régime un peu sévère, à des applications réfrigéran-

tes, la tumeur avait paru diminuer; aussitôt que cet homme eut repris ses occupations, la tumeur ne tarda pas à reprendre et à dépasser ensuite les dimensions et le volume qu'elle avait acquis.

Avant d'en venir à cette injection, M. Brainard avait encore essayé d'enfoncer dans la tumeur des aiguilles à pointes triangulaires, rougies à la flamme de la lampe à alcool. Ces piqûres avaient été suivies d'une inflammation assez vive, mais tout à fait superficielle, qui déclina au cinquième jour et disparut au huitième. Ces piqûres répétées trois fois n'eurent pas d'autre résultat que de limiter l'extension du tissu erectile sur le front et sur le nez; l'inflammation fut trop superficielle pour atteindre le centre du foyer. Ce fut dans ces circonstances que M. Brainard pratiqua son injection, qui eut pour effet immédiat une douleur vive à la région temporale gauche, et une rougeur de la face qui ne dura que quelques secondes. Frisson, accompagné de nausées et de vomissements. Réaction une heure après; mais les vomissements continuèrent, et pendant vingt-quatre heures le malade, qui était cependant sans fièvre, vomit toutes les boissons. Ces vomissements, très-fatigants pendant trois jours, diminuèrent et devinrent de plus en plus supportables les six jours suivants. La tumeur augmenta et devint très-sensible au toucher, puis elle perdit sa sensibilité, commença à durcir, et les battements se réfugièrent vers l'angle antérieur de l'orbite, où ils persistaient assez pour que M. Brainard crût utile de faire une piqûre avec une aiguille rougie à la lampe, vingt et un jours après l'opération. Cette piqûre eut l'effet désiré; mais il survint une assez vive inflammation de l'œil; celui-ci se vida complétement. Pendant toute la durée du traitement, la tête avait été enveloppée de vessies contenant un mélange réfrigérant. Vingt-huit jours après l'injection, la tumeur avait déjà diminué. Vingt-cinq autres jours après, la diminution était bien plus marquée; la tumeur était solide sans battements, et un mois après, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération, il n'y avait plus trace de la tumeur. L'œil était affermi, les paupières rapprochées. Trois mois après il n'y avait aucune trace de récidive.

L'emploi du lactate de fer l'emporterait beaucoup, suivant M. Brainard, sur le perchlorure, parce que son acide se combine avec la base du sang, et que l'oxyde passe à l'état de peroxyde. Il n'y aurait donc pas d'effets caustiques à craindre et pas de suppuration, mais seulement épaississement des parois artérielles, et dépôt de lymphe coagulable. M. Brainard ajoute que ses expériences chez les animaux, les injections qu'il a faites dans les artères carotides chez les chiens, et ses injections chez l'homme, mais dans les veines à la vérité, lui ont montré la parfaite innocuité et les avantages remarquables de ce moyen de traitement. (*The Lancet*, août.)

NÉVRALGIES FACIALES (*Emploi du daphné mézéréum dans les*). Le docteur Wertheim assure que des frictions répétées trois ou quatre fois le jour, *loco dolenti*, avec une teinture de baies de bois gentil, calment très-bien certaines prosopalgies, en autres termes, la névralgie frontale. Il prépare cette teinture avec 24 baies et autant de grammes d'alcool rectifié. (*Ann. méd. psychol.*, juillet.)

NITRO-TANNATE DE MERCURE (*Emploi du*) *dans le pansement des ulcères syphilitiques tertiaires*. On sait combien il est utile, dans le traitement des ulcères syphilitiques tertiaires, de relever la tonicité épuisée, qui a besoin de trouver partout des éléments de réparation qui lui manquent. C'est dans ce but que M. Vénot, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Bordeaux, fait usage de la pommade suivante :

Pr. Axonge............	30 gramm.
Tannin pur.........	5 gramm.
Nitrate acide de mercure..............	12 gouttes.

Mêlez.

Nous croyons utile de faire connaître cette formule, qui peut rendre quelques services dans la pratique, sans entrer dans aucune explication théorique. Qu'importe le mode d'action, si les résultats sont favorables pour les malades? (*Revue thérapeutique du Midi.*)

TUMEURS DE LA VERGE *de nature épithéliale ; guérison avec conservation de l'organe.* A Dieu ne plaise que nous veuillions implanter de force dans la pratique des moyens de diagnostic non encore suffisamment éprouvés; à Dieu ne plaise que

nous veuillions accorder à [des découvertes de la science moderne plus de portée qu'elles ne peuvent en avoir; néanmoins, il serait injuste de méconnaître les services que la micrographie a rendus depuis quelque temps à la médecine. Elle nous a bien certainement donné la clef de certaines contradictions de la pratique chirurgicale; elle nous a fait comprendre, par exemple, pour le cancer, cette facilité de guérison, cette absence de décomposition cachectique, que Boyer et d'autres chirurgiens avaient observées dans certaines tumeurs qu'ils considéraient comme des cancers, et qui siégeaient au visage, aux orifices muqueux. C'est que, dans cette grande famille des cancers, il y a plusieurs espèces, le véritable cancer, celui qui se généralise et qui infecte l'économie, et le cancroïde ou faux cancer, dont les tumeurs portent aussi le nom d'épithéliales, pour désigner l'élément principal qui les constitue. Peut-être est-on allé trop loin en annonçant comme voué inévitablement à une cachexie destructive le malade auquel on a enlevé une tumeur cancéreuse dans l'acception du mot? Peut-être, d'un autre côté, a-t-on trop absolument conclu à la localisation du cancroïde, et sera-t-on obligé dans la suite d'admettre l'infection, comme dans certains cas de tumeurs fibro-plastiques? Toujours est-il que les résultats obtenus jusqu'ici ouvrent au chirurgien un espoir plus grand que par le passé, dans le cas de tumeurs regardées autrefois comme cancéreuses, et, comme telles, offrant bien plus de chances au patient, que l'opération soit pratiquée ou non.

C'est surtout pour les tumeurs de la verge que ces résultats sont précieux, et nul doute que certaines affections de la verge, primitivement simples, et dont un traitement local bien dirigé aurait triomphé avec facilité, subissent, par leur accroissement et le défaut de soins, des modifications telles, que la confusion avec le cancer devient possible, si l'on s'en tient aux caractères extérieurs. Les conséquences sont faciles à comprendre : dans le cas de cancer, extirpation de l'organe tout entier, et encore n'est-on pas sûr, à beaucoup près, de n'avoir pas de récidive. Dans le second, on peut chercher à conserver une partie d'un organe aussi important. Ces tumeurs cancroïdes de la verge se montrent sous deux variétés bien distinctes : la première dans laquelle l'affection débute par le gland, refoule le prépuce, qui est alors généralement court; la tumeur s'accroît par l'augmentation et le tassement des tumeurs primitives; on retrouve le gland sain au-dessous (si l'on attendait trop, la transformation morbide s'en opérerait de la circonférence au centre); la deuxième, dans laquelle c'est le prépuce qui, au contraire, est le point de départ; ici, l'affection est moins grave, quoique en apparence il semble quelquefois que les désordres sont très-étendus.

Le chirurgien doit donc, lorsqu'il a affaire à une tumeur de la verge, se rappeler ces deux choses, la possibilité de confondre un cancer et un cancroïde, la possibilité de rencontrer une altération superficielle là où tout lui fait croire à une affection profonde et très-étendue. Peut-être même pourrait-on tirer de cette dernière circonstance ce corollaire, qu'il ne faut jamais se décider à amputer une verge qu'après avoir fait une incision suffisamment profonde sur la tumeur qui semble nécessiter ce sacrifice. C'est pour s'être conformé à ce précepte, qu'un habile chirurgien de l'hôpital de Bordeaux, M. Soulé, a conservé la verge dans deux cas qui semblaient réclamer l'amputation de l'organe.— Dans le premier, chez un jeune homme de vingt-sept ans, tumeur du volume d'une pomme, au-dessous de la partie dorsale du prépuce, ulcérée profondément et fournissant un ichor fétide et abondant, sans engorgement des ganglions inguinaux, mais avec une teinte jaunâtre particulière; l'urine sortait par deux pertuis bien distincts. Impossibilité de trouver le gland. Une incision, pratiquée entre les deux pertuis, fit retrouver le gland ratatiné et atrophié par la compression. L'opération se réduisit à celle du phimosis et à l'excision de quelques excroissances dans la rainure balano-préputiale. Dans le deuxième cas, chez un homme de trente ans, tumeur du volume du poing, à l'extrémité de la verge, inégale, bombée, et offrant en certains points des ulcérations grisâtres, fournissant une suppuration ichoreuse abondante, avec quelques hémorrhagies; de plus quelques ganglions intumescents dans les deux aines; douleurs très-vives. Le malade

réclamait l'amputation. M. Soulé s'étant assuré que la tumeur était constituée par plusieurs tumeurs fortement tassées et comprimées les unes contre les autres, au milieu desquelles il put reconnaître le canal de l'urètre, excisa les différents lobes de la tumeur : le gland était sain au-dessous. La cautérisation avec l'acide acétique, pratiquée sur quelques points sur lesquels la dégénérescence paraissait vouloir se développer de nouveau, a achevé la guérison. (*Journal de méd. de Bordeaux*, juillet.)

VARIÉTÉS.

SUR LA SOLIDARITÉ ET LA RESPONSABILITÉ MÉDICALES.

A M. le docteur DEBOUT, Rédacteur en chef du *Bulletin général de Thérapeutique*.

Vous voulez bien, mon bien cher confrère, dans votre avant-dernier numéro, me demander mon avis sur une question qui intéresse au plus haut degré le corps des médecins, et qui se rapporte à la responsabilité médicale. C'est là une question fort délicate, dont votre esprit sérieux comprend immédiatement l'importance, et que vous avez eu raison d'aborder résolument, à propos du fait malheureux que les tribunaux ont évoqué dans ces derniers temps. Dans une conversation que j'eus ces jours derniers avec vous à ce sujet, comme dans le numéro du *Bulletin de Thérapeutique* du 15 juillet, vous avez insisté surtout sur la distinction fondamentale qu'il faut établir entre la solidarité et la responsabilité. Ce sont là, en effet, deux choses aussi différentes que les mots qui les expriment, et que quelques-uns paraissent avoir confondues, faute d'une suffisante attention dans des matières sur lesquelles ils n'ont pas suffisamment réfléchi.

Après avoir prévenu ceux sous les yeux desquels tomberont ces lignes, que je ne suis rien moins que docteur *in utroque jure*, qu'on me permette de citer les seuls textes de la loi, dont on argue pour combattre l'irresponsabilité des médecins dans l'exercice de l'art; ces textes sont les suivants, que je trouve dans le livre de M. Trébuchet (1) : « Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis un homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. (*Art.* 319 *du Code pénal.*)

« S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de six jours à dix mois, et l'amende de 16 fr. à 100 fr. (*Art.* 320 *ibid.*)

« Tout fait quelconque qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. (*Art.* 1832 *Code civil.*)

« Chacun est responsable du tort qu'il a causé, non-seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. » (*Art.* 1383 *ibid.*)

Tels sont les seuls textes formels de la loi, répété-je, dont on peut arguer pour condamner un médecin à propos d'un acte dans l'exercice de sa profession. Mais qui ne voit immédiatement que, pour condamner un acte de cette nature, il faut l'assimiler à des actes d'un caractère essentiellement

(1) *Jurisprudence de la médecine et de la chirurgie*, etc., page 186.

différent? Ce que la loi veut punir ici, ce n'est pas l'intention, qui est mise hors de cause, c'est l'imprudence, c'est l'impéritie, c'est le manque de prévision dans l'agent dont l'acte a porté préjudice à l'intérêt d'autrui. Or, quelle est la limite, en matière de faits du ressort de la science médicale, où s'arrête la prudence, et où le médecin qui la dépasse devient responsable des actes qui, au point de vue de l'intention, n'ont eu pour but que le salut du malade? Il serait fort malaisé aux médecins les plus sagaces eux-mêmes, aux médecins dont le temps et les études les plus profondes ont mûri la science, de fixer cette limite; comment voulez-vous dès lors que des magistrats, parfaitement étrangers aux difficultés d'une telle science, fussent aptes à en résoudre le problème le plus obscur, le plus ardu, alors même que les éléments de celui-ci ont disparu avec les conditions au milieu desquelles il se posait? Lisez, à ce point de vue, nos traités de thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale, les plus autorisés, et vous serez bien vite édifié sur ce point. Là, partout, vous ne trouverez pas une seule question de pratique où le maître ne s'efforce de marquer le point où finit la prudence scientifique, et où l'imprudence commence; mais où, en même temps, il ne signale des cas exceptionnels, qui échappent à toute prévision humaine, et où un résultat funeste ne puisse venir déjouer tous les calculs de la prudence. Cette réserve en faveur de la prévision impossible, tous nous la faisons, quand il s'agit des applications de l'art considérées d'une manière abstraite; n'est-il pas dès lors de toute équité qu'elle nous protège dans les cas malheureux auxquels elle s'applique? Si la science se posait comme infaillible, si elle avait des dogmes qui commandassent comme la loi morale, je comprendrais que la loi punît l'infraction des uns, comme elle punit les infractions des autres; mais il est bien loin d'en être ainsi, et la science elle-même, sous la plume de ceux qui sont appelés à bénéficier de cette impunité, énonce sans vergogne les lacunes qui légitiment à l'avance cette dernière. Ce n'est point là un expédient imaginé après coup pour le besoin de la cause, c'est un argument qui sort de la constitution de la science elle-même, et qu'elle met elle-même en lumière, quoiqu'il en coûte aux hommes les plus honorables qui la cultivent d'avouer publiquement cette défaillance. Lors donc que la médecine confesse ainsi que la prudence qui l'applique a ses limites, et qu'avec ces restrictions la société accepte les bénéfices de ces applications, celle-ci n'est-elle pas souverainement injuste quand elle veut nous appliquer une loi qui suppose une infaillibilité que nous nous gardons bien d'admettre, et qu'elle-même admet encore moins que nous?

Mais revenons aux faits auxquels on assimile les faits de l'ordre médical, et marquons-en bien la différence à un point de vue autre que le point de vue scientifique. Dans les deux cas, la loi suppose que l'agent dont l'acte a porté préjudice à autrui n'a été mû par aucune intention criminelle; il s'agit purement d'imprudence, d'imprévoyance, d'impéritie; mais si les deux ordres d'actes sont légitimement comparables sous ce rapport, ne diffèrent-ils pas essentiellement à un autre point de vue? Quant à moi, je n'hésite pas à répondre affirmativement à cette question. Hors le cas d'intention criminelle, de crime, par conséquent, quel but se propose le médecin, quand il prescrit une médication à un malade, ou le soumet à une opération? Ce but, c'est évidemment de lui être utile, de mettre fin à la maladie, de le soustraire à la mort. Donc, dans ce cas, non-seulement il n'y a

pas intention de nuire ; mais il y a intention d'être utile, intention d'assurer, par les moyens dont l'art dispose, le salut d'un homme menacé par la maladie. Or, en est-il ainsi dans l'ordre de faits auxquels on voudrait assimiler les actes de la pratique médicale? Dans les uns, comme dans les autres, y a-t-il intention d'être utile? Assurément non. Cela est si vrai, que dans les faits simples, qu'a ici en vue la loi, où apparaît cette dernière intention, elle absout l'imprudence en faveur du motif qui a dirigé la conduite de l'homme que les apparences tendaient à faire incriminer. Exemple : Un homme, mû par un sentiment d'humanité, se précipite dans une maison en feu, pour arracher à la mort un malheureux enfant; dans un mouvement mal calculé, il laisse tomber cet enfant et le tue ; cet homme est-il coupable? Oui, aux yeux d'un texte de loi sans entrailles ; non, aux yeux de la loi vivante au fond de la conscience humaine, aux yeux de l'équité. Eh bien ! je soutiens que le médecin honnête, dans les cas malheureux qu'il rencontre presque inévitablement dans la pratique, est toujours placé dans les mêmes conditions que cet homme, l'intention qui le dirige l'absout. Voilà, à cet égard, ce que le bon sens indique, ce que l'équité consacre, ce que, il faut le dire aussi, la jurisprudence de presque tous les peuples modernes établit, comme une exception nécessaire au droit commun, en faveur de la profession médicale.

Plus d'une fois, en France, les tribunaux ont retenti de faits scandaleux, relatifs à la responsabilité médicale : si quelques jugements tendent à établir, dans notre pays, une jurisprudence différente de celle dont je parlais tout à l'heure, le plus souvent les arrêts ont été rendus d'une manière conforme à cette jurisprudence, la seule équitable. Espérons que la magistrature française, à mesure qu'elle s'éclairera davantage, qu'elle pénétrera plus avant dans les difficultés de la science; espérons, dis-je, que cette magistrature, si intelligente et si juste, comprendra que c'est un mandat illimité qu'il faut au médecin auprès du malade, et que, sans cette condition, il n'y a pas de médecine possible.

Qu'on ne suppose pas, d'ailleurs, qu'en écrivant expressément dans la loi la responsabilité médicale, on n'atteignît de plus près le but; on n'obtiendrait par là qu'un résultat, ce serait de substituer au dévouement du médecin la prudence calculée de l'égoïsme. Puisque vous avez fait appel à la bonne volonté de l'humble auteur de la Déontologie médicale, permettez-moi, mon bien cher confrère, de citer de ce livre un passage qui résume brièvement ma pensée sur ce point : « Nous le répétons encore une fois, pour justifier la doctrine de la responsabilité médicale, il ne suffit pas de l'inscrire expressément dans la loi, ou de la faire sortir des textes plus ou moins rigoureusement interprétés; il faudrait, de plus, poser nettement les obligations dont l'infraction constituerait une réelle culpabilité; il faudrait, en regard de la loi qui menace, placer une loi qui commande; il faudrait, en d'autres termes, rédiger une médecine officielle. En dehors de ce principe, la loi n'est qu'une tyrannie; car, comme le dit fort bien Butler, ce qui nous rend dignes de punition, n'est pas de savoir que nous pouvons être punis, mais simplement de violer une obligation connue (1). »

(1) *Déontologie médicale*, ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation, liv. IV, ch. III, p. 515.

Maintenant, mon bien cher confrère, que j'ai posé avec vous, et comme vous, le principe de l'irresponsabilité médicale, maintenant qu'il est clair pour tous qu'il est encore plus dans l'intérêt de la société, que dans l'intérêt du médecin, que ce principe dirige la magistrature dans l'appréciation des actes de celui-ci dans l'exercice de sa profession ; maintenant, dis-je, que cette question est résolue, je dois en aborder une autre que vous avez également soulevée, et que vous avez eu raison de ne pas éluder, c'est celle de la solidarité médicale.

C'est l'honneur de la médecine française que de venir défendre, contre une loi qui s'égare, un médecin auquel on ne peut imputer que les imperfections de la science, que les bornes de l'intelligence humaine. Dans diverses circonstances, nous avons vu cette noble protestation partir du corps médical tout entier, et nous y avons tous applaudi. Cette solidarité, je le redis encore, c'est l'honneur de la science, c'est l'honneur de la profession. Mais à côté de ces faits qui mettent en péril le principe tutélaire de l'irresponsabilité médicale, n'y a-t-il pas des faits où ce principe n'est nullement en question, et qui, par cela même qu'ils ne sont pas protégés par cette sorte d'inviolabilité, rentrent dans le droit commun? Oui certainement, il y a de ces faits dans la pratique, et il n'est pas un médecin consciencieux qui n'en convint hautement. Quels sont ces faits? Ce sont tous ceux où l'inapplication des règles les plus simples, où l'ignorance, l'impéritie la plus flagrante ont entraîné ces conséquences graves que la justice a le droit d'évoquer à son tribunal, pour les soumettre à une rigoureuse appréciation. Telle est l'obscurité qui enveloppe presque toutes les questions relatives à la pratique médicale, que les magistrats, quelle que soit leur sagacité, quelle que soit leur expérience, ne peuvent en résoudre aucune avec une absolue certitude. Aussi bien, dans le sentiment de leur complète impuissance à cet égard, ne manquent-ils jamais, en pareille circonstance, de demander les lumières qui leur manquent aux hommes de l'art dont la parole a le plus d'autorité. Or, dans ces cas exceptionnels, quel est le devoir de ces jurés dont le droit repose uniquement sur le pouvoir discrétionnaire du juge? C'est évidemment de distinguer les faits qui échappent à la prévision de la science, de ceux qui sont à la charge de l'impéritie, de l'ignorance ou de la lâcheté. Ainsi un médecin, en pratiquant une saignée du bras, pique une artère, et donne naissance à un anévrysme; un tel accident ne peut assurément être toujours imputé à la maladresse, à l'incurie du médecin; il peut dépendre d'une anomalie imprévue; il peut dépendre d'un mouvement inattendu de la part d'un malade pusillanime, etc. Qui oserait jusque-là accuser, avec une entière certitude de rester dans les limites de la vérité, le médecin auquel serait arrivé un semblable malheur? Mais ce n'est pas tout: au lieu de s'efforcer de prévenir, autant qu'il est en lui, par les moyens simples que conseille, en pareil cas, la prudence la plus vulgaire, les conséquences de cet accident, ce médecin, pour mettre à l'abri sa responsabilité, le dissimule, et se retire sans faire rien de plus que si la saignée n'avait présenté aucune circonstance insolite. En cas pareil, qui oserait dire que le médecin n'est pas responsable du malheur qu'un sentiment plus élevé de ses devoirs eût peut-être prévenu? Il n'y a qu'une chose qui établisse l'irresponsabilité du médecin dans l'exercice de ses fonctions, ce sont les limites de la science; c'est l'obscurité des problèmes dont, dans chacun

de ses actes, il poursuit la solution. Mais, en deçà de ces limites, mais là où cette obscurité n'existe pas, le médecin rentre dans le droit commun, et l'irresponsabilité dont nous parlions d'abord ne saurait le couvrir. Lorsque, dans une semblable circonstance, quelques-uns de nous sont appelés à éclairer la justice, ils doivent l'éclairer, et non la tromper. Non-seulement la justice est intéressée à ce qu'il en soit ainsi, mais il y va de l'autorité de la science elle-même; je dis plus, de l'honneur de la profession ; car, déclarer le corps médical solidaire d'une impéritie, d'une imprévoyance manifestes, c'est l'avilir dans l'estime de la société ; c'est abaisser la médecine au rang d'une sorte de science d'aruspices, dont toute l'autorité repose sur la crédulité des hommes. Il y a une intuition du bon sens qu'aucun sophisme ne saurait parvenir à aveugler ; et la justice, dirigée par ce guide infaillible, condamne, malgré les plus savantes protestations. Et qu'arrive-t-il de là? Vous n'avez pas sauvé l'homme ; vous avez compromis la dignité de l'art, la dignité de la profession, et ébranlé le dogme d'une légitime irresponsabilité; et tous nous payons la rançon d'une erreur de l'amour-propre.

Telles sont, mon bien cher confrère, les réflexions que m'a inspirées l'examen de la question que vous avez bien voulu me soumettre. J'eusse pu les étendre davantage; mais en ceci, comme en toute chose, il faut savoir se borner. Vos judicieuses remarques, à propos du fait malheureux arrivé dans ces derniers temps à un honorable confrère, m'ont, d'ailleurs, rendu bien facile la tâche que vous m'avez inspirée : je n'ai eu qu'à me souvenir et à laisser courir ma plume, pour répondre à votre bienveillante invitation.

MAX SIMON.

L'épidémie de choléra continue de s'étendre dans le nord. Le 21 août on comptait à Copenhague 7,188 personnes atteintes, et 3,891 décès. Le fléau a éclaté à Fredericksburg et à Gottenburg. Plusieurs cas ont eu lieu le 16 à Stockholm. Enfin il a aussi reparu à Moscou. Une des premières victimes dans cette ville a été M. Diervruk, professeur d'anatomie, qui a succombé en deux jours.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare décernera, au mois de décembre 1854, une médaille d'or de 100 ducats à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : « Déterminer si les convulsions chez les enfants procèdent toujours d'une altération du cerveau ou des méninges, ou si elles peuvent être symptomatiques d'autres maladies affectant d'autres organes qui ne soient pas les centres nerveux. Déterminer, en outre, quelle relation existe entre les convulsions et l'époque de la dentition, à laquelle ces convulsions se montrent fréquemment. » Les Mémoires, en latin, italien ou français, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 31 mai 1854, au secrétaire de l'Académie, le docteur Magliari, strada Sebastiano, n° 49, à Naples.

L'Académie impériale de Rouen avait mis au concours cette question : « Appréciation des ouvrages et éloge de Lepecq de la Cloture, médecin épidémiographe de la Normandie au dix-huitième siècle. » Le prix, consistant en une médaille de 300 fr., vient d'être décerné à M. Max. Simon. Nous apprenons avec plaisir que le travail de notre savant collaborateur sera pu-

blié d'ici à quelques mois, et viendra rappeler l'attention sur l'étude des maladies et constitutions épidémiques, trop négligée de nos jours.

Le ministre de la marine, sur la proposition de M. Quoy, inspecteur du service sanitaire de l'armée de mer, vient de souscrire pour trente exemplaires à l'ouvrage en deux volumes de M. Haspel, intitulé : *Maladies de l'Algérie*, et dont nous avons récemment rendu compte (t. XXXIV, p. 270). Le livre de M. Haspel est, nous l'avons dit, un des plus importants et des plus instructifs qui aient été publiés depuis longtemps, et nous applaudissons de grand cœur au témoignage de justice qui lui est rendu.

De nombreuses promotions viennent d'être faites dans l'ordre de la Légion-d'Honneur. Ont été nommés : *officiers*, MM. Conneau, Maillot, Ségalas, Longet, Jules Roux, Laure ; *chevaliers*, MM. Greslou, de Chartres (Eure-et-Loir), Lozes, de Châtillon-sur-Loing (Loire), Lafond, de Nantes, A. Thierry, Labric, Hardy, Hénoque, Delabarre, Courthille (de Saint-Avit), Rennes, de Bergerac (Dordogne), Delanglard, Picard, Théodore Barthélemy, Violland, de Tonnay-Charente, Abeille, Pastoret, Frasseto, Gugelot, Loyer, Marchessaux, Girard, Minvielle, Davasse, Lequesne. — *Marine* : MM. Jouvin, Canolle, Debry, Fol, Savina, Chapuis. — *Pharmaciens* : MM. Acar, Delestre, Raoult, Goldscheider. — *Vétérinaires* : MM. Bruyant, Berthier, Couty, Laisné, Soulé, Brouchloan.

Le concours de l'École pratique vient de se terminer. M. Marcé a obtenu la *médaille d'or*, qui entraîne la réception gratuite au doctorat. 1er prix : M. Leplat ; 2e prix : M. Pourchat. Mention honorable : M. Parmentier.

On assure qu'il est question de rétablir la chaire de pharmacie, naguère supprimée à la Faculté de médecine de Paris. Ce qui pourrait le faire croire, c'est que M. Soubeiran se hâte, dit-on, de passer ses examens à la Faculté de médecine de Strasbourg, et est peut-être déjà reçu, à cette heure, docteur en médecine. On se souvient que lorsqu'il fut question de créer, pour M. Dumas, la chaire de chimie organique, le célèbre professeur dut aussi prendre ses grades. On ne saurait, en effet, être professeur à la Faculté de médecine si l'on n'est reçu docteur.

A propos d'une affaire qui a eu lieu entre MM. Charrière et Leroy (d'Étiolles), le tribunal civil de la Seine a décidé ainsi qu'il suit une question qui peut intéresser quelques médecins : « Un fabricant est-il tenu de donner communication de ses livres et registres pour constater et vérifier les dates de l'exécution d'une invention ? — *Oui*, en ce qui concerne les commandes faites par la personne qui requiert la communication des registres. — *Non*, en ce qui concerne les commandes faites par d'autres personnes, si elles se refusent à l'autoriser. »

Nous avons à annoncer la mort de M. Prunelle, médecin inspecteur honoraire des eaux de Vichy, et de M. Audibert, ancien chirurgien des armées de la République et de l'Empire, mort à Mont-Dauphin, à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ÉTIOLOGIE DES MALADIES PÉRIODIQUES.

Par le docteur JOSEPH DELIOUX.

Pour tout esprit impartial et non prévenu, auquel il a été donné d'observer sur une large échelle et dans les conditions les plus diverses les maladies désignées sous les noms de *fièvres intermittentes, rémittentes, pseudo-continues, larvées*, et que je crois plus philosophique de classer sous le terme générique de *maladies périodiques*, il y a matière à un doute sérieux sur l'unicité de cause de ces maladies. Dans une grande majorité de cas, un miasme leur donne naissance, c'est vrai ; mais il est contestable, 1° que le miasme ait toujours une origine paludéenne ; 2° que toute maladie périodique procède nécessairement d'une cause miasmatique.

En effet, s'il s'élève, des foyers palustres, à la faveur des fermentations putrides qui s'élaborent au sein des corps organisés baignés par les eaux, des émanations gazeuses dont l'influence morbifique est évidente, il est d'autres sources miasmatiques qui, pour offrir avec celles-ci une certaine analogie, ne peuvent pas être confondues dans une même identité. Ainsi, à l'origine des fièvres intermittentes, dans les lieux où s'opèrent des travaux qui creusent et remuent profondément le sol, tels que défrichements, terrassements, fossés, mines, etc., il y a des miasmes spéciaux, des *miasmes telluriques*, qui agissent sur l'organisme comme le miasme paludéen proprement dit, et qui suscitent en lui les mêmes troubles pathologiques. Sans doute, les stagnations d'eau dans les excavations artificielles du sol reproduisent, dans une certaine mesure, les conditions morbifiques du marais ; mais, là même où ces stagnations sont évitées, avant qu'elles se produisent, ou quand elles n'existent plus, le périodisme imprime encore son cachet à la pathologie locale, et il faut bien alors reconnaître une source tellurique, agissant seule ou renforçant la source palustre éventuelle.

D'un autre côté, une opinion qui a généralement cours, c'est que les fièvres intermittentes sont dues aux miasmes qui se dégagent des détritus putrescents d'origine végétale, tandis que les miasmes animaux produisent les maladies typhoïdes. Cette distinction est évidemment plus théorique que pratique ; des produits de décomposition végétale dominent sans doute dans les effluves marécageux, mais ils n'y existent pas seuls, dans la majorité des cas, et la putréfaction animale y apporte aussi son contingent. Si, par hypothèse, on voulait

admettre que la portion animale du miasme ne concourt pas à la spécificité morbifique, on serait promptement ramené, sous le joug des faits bien observés, à reconnaître qu'au contraire les émanations animales semblent accroître et aggraver l'influence délétère de l'atmosphère paludéenne. Ainsi il est de science vulgaire, sur les rivages maritimes ravagés par les fièvres d'accès, que l'air des marais salés est infiniment plus malsain, plus funeste que celui des marais d'eau douce, et que les gaz les plus toxiques s'élèvent des salines abandonnées, qu'envahissent simultanément les eaux de mer et de pluie. Certes, ce n'est point l'annexion des sels de la mer, du chlorure de sodium, par exemple, qui augmente l'intensité d'action du miasme, car, loin de favoriser les opérations fermentatives, il les enchaîne : le mélange d'eaux douces et d'eaux salées est nuisible, parce que celles-ci sont venues apporter au foyer palustre des matières organiques, la plupart de nature animale, qui, en se putréfiant au fur et à mesure de l'évaporation aqueuse et de la précipitation des sels, livrent à l'atmosphère du marais des éléments qui priment, quant à l'intensité d'action, tous ceux des produits de putréfaction végétale, en maintenant toute la spécificité pyréto-génétique.

Je veux apprécier encore d'autres circonstances dans lesquelles des miasmes animaux ont une influence manifeste, soit dans l'aggravation, soit même dans la production des phénomènes périodiques.

Tous les individus qui habitent les pays marécageux ne contractent pas la fièvre intermittente, mais tous y sont exposés, et il n'y a d'immunité absolue pour personne. Toutefois, il est certain qu'il y a une immunité relative pour ceux que de bonnes conditions d'hygiène défendent contre le miasme paludéen. Ainsi, les classes aisées comptent moins de fébricitants que les classes pauvres, et les individus de toutes les classes qui peuvent se garantir contre les variations de température et éviter de respirer le soir, et la nuit surtout, l'air des marais, ont infiniment moins de chances de gagner la fièvre que ceux qui sont placés dans les circonstances opposées. Ce qui dispose encore singulièrement à l'intoxication paludéenne, c'est l'alimentation insuffisante ou incomplétement réparatrice ; dans les pays marécageux, on s'édifie promptement sur l'importance de cette cause prédisposante : entre autres éléments d'une bonne nourriture, la viande et le vin y sont particulièrement nécessaires ; et, à Rochefort, par exemple, on sait parfaitement que ceux qui ne peuvent ou qui ne veulent point faire habituellement usage de vin à leurs repas, deviennent, par cela même, plus aptes à contracter la fièvre. Or, à Rochefort, aussi bien que dans tous les lieux de garnison, de campe-

ment ou de station maritime, on voit les soldats et les matelots payer un large tribut à l'endémie paludéenne. Cependant, sous la pression intelligente de la discipline militaire, les matelots et les soldats, hors les cas de guerre ou tous autres de force majeure, sont soumis aujourd'hui aux règles d'une hygiène incomparablement plus régulière et plus sage que celle que l'on observe dans la vie civile ; si les fièvres d'accès sévissent avec tant de fréquence parmi eux, on peut, il est vrai, les attribuer en partie aux excès et aux écarts de régime, et surtout aux rondes et aux factions de nuit, à ces corvées pénibles faites à l'heure où l'atmosphère palustre imprègne, au summum d'action, l'organisme de ses molécules délétères. Mais il me semble que toute l'étiologie n'est pas là, et qu'il faut faire entrer en ligne de compte, comme renforçant le miasme paludéen, les conséquences de l'habitation et du coucher en commun, dans les salles de caserne, sous les ponts du navire ou sous la tente, c'est-à-dire les miasmes animaux concentrés en des espaces qui, pendant la nuit, ne peuvent jamais être qu'imparfaitement ventilés. Loin du marais, ces effluves *humains* portent des germes morbides, qui éclosent le plus souvent, il est vrai, sous forme de symptômes typhiques ou typhoïdes ; mais je crois aussi qu'ils sont susceptibles de provoquer par eux seuls des fièvres périodiques, et qu'au sein de l'atmosphère palustre ils surajoutent leur activité à celle du miasme paludéen, et doublent ainsi les chances d'apparition des fièvres paludéennes. Si cette manière de voir est erronée, pourquoi la fièvre typhoïde est-elle si rare dans les lieux où règnent les fièvres de marais ? Je touche ici encore l'une des questions les plus débattues ; mais, puisque incidemment j'ai été amené à en parler à l'appui de la thèse que je soutiens, je puis affirmer qu'à Rochefort l'antagonisme existe entre la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente ; la première n'y apparaissait naguère et n'y apparaît encore que très-rarement, mais presque toujours avec une grande gravité ; elle semble devenir plus commune à mesure que les dessèchements diminuent la fréquence et la gravité de la fièvre intermittente, comme si l'introduction de la première dans la pathologie locale ne devait s'effectuer que sur le terrain abandonné par la seconde.

Enfin, les miasmes animaux qui se dégagent des fumiers que les paysans ont la mauvaise habitude d'entasser à proximité de leurs habitations, sont susceptibles d'engendrer des fièvres d'accès, analogues à celles produites par les effluves marécageux; j'en ai recueilli plusieurs exemples dans des campagnes exemptes de paludisme ; aussi c'est avec un vif intérêt que j'ai vu récemment cette opinion corroborée par de

nouveaux faits, dans un travail de M. le docteur Charasson, publié par l'Union médicale du 20 décembre 1851.

Donc, en admettant comme fait irréfragable que le miasme paludéen est la cause fatale la plus ordinaire de la fièvre intermittente, on ne peut s'empêcher d'accorder une certaine valeur étiologique aux miasmes animaux.

Maintenant, des faits assez nombreux ne se produisent-ils pas dans la pratique, desquels il ressort qu'un miasme, quel qu'il soit, n'est pas la cause obligée du périodisme dans les maladies? Si, dans les contrées où les fièvres d'accès sont endémiques, le périodisme tend à rattacher à la constitution médicale dominante l'évolution symptomatique de la plupart des maladies, il est positif que dans toutes les régions exemptes de paludisme, que dans plusieurs circonstances où l'on ne peut invoquer l'influence d'aucun miasme, il peut survenir et il survient en effet des affections intermittentes, généralement moins graves, il est vrai, que celles qui naissent dans la sphère d'action de l'atmosphère paludéenne, mais susceptibles pourtant d'aller jusqu'à revêtir le type pernicieux, et toutes modifiables, comme les intoxications paludéennes les plus franches, par les mêmes agents thérapeutiques. Tantôt ce sont des fièvres intermittentes pures, sporadiques, fortuites, ou se rattachant à quelque constitution saisonnière, comme les fièvres vernales et automnales; tantôt ce sont des névralgies ou des fièvres à fond continu auxquelles se surajoute, comme élément inopiné et nouveau, la périodicité de leurs accès ou de leurs exacerbations fébriles.

Je m'empresse de prévenir une objection : on dira peut-être que ces fièvres intermittentes saisonnières, qui viennent d'être mentionnées, se rallient à la théorie de l'étiologie miasmatique, qu'elles se développent précisément sous l'influence de l'évaporation aqueuse, consécutive aux pluies si fréquentes du printemps et de l'automne : je reconnais que le fait est possible, positif même dans un grand nombre de cas ; j'admets que le sol, abreuvé par les pluies, reproduise extemporanément les conditions du marais, et qu'aux projections gazeuses qu'il lance dans l'atmosphère se mêlent des effluves organiques, capables d'introduire dans l'économie animale le germe des maladies périodiques. Mais ce que je n'admets point, c'est que cette cause soit constante, nécessaire, unique; car on voit, dans les mêmes conditions météorologiques, la fièvre intermittente sévir dans une localité et épargner en même temps les localités voisines; car on ne la voit point se développer toujours fatalement à la suite d'une longue série de jours pluvieux, lors même que les rayons solaires viennent ultérieurement favoriser l'évaporation aqueuse; tandis que l'on voit toujours les surfaces palustres

projeter dans l'air des miasmes qui, à un degré fort ou faible, engendrent invinciblement les manifestations du périodisme morbide. A cette apparition élective des maladies périodiques à certaines époques de l'année il y a une cause occulte, ignorée comme tant d'autres, et leur production me paraît dépendre tout autant des modifications que l'évolution des saisons imprime à l'organisme, que de l'impulsion communiquée par certaines conditions d'électricité et de température aux fermentations putrides.

Quand le périodisme domine momentanément dans la constitution médicale d'une région ordinairement salubre, on comprend que l'esprit de théorie cherche à rattacher l'extension de cet élément morbide à l'influence d'une cause morbifique générale, comme le serait un miasme répandu dans l'atmosphère. Mais lorsque, en dehors de toute expansion épidémique, le périodisme n'apparaît qu'à l'état d'élément fortuit dans le cours de maladies variables d'origine et de nature, il faut vraiment forcer l'analogie pour en raccorder constamment la cause à l'action d'un miasme ; il vaut infiniment mieux convenir, dans ces cas, en constatant purement le fait symptomatique, que sa raison d'être nous est inconnue. Savons-nous, par exemple, pourquoi les névroses affectent si souvent la forme intermittente ? pourquoi les névralgies, en tous lieux, sous toute constitution médicale, sont si disposées aux exacerbations périodiques ? pourquoi elles se phénoménisent si fréquemment par des accès de douleur que sépare le calme le plus parfait? pourquoi enfin les maladies qui, d'ordinaire, suivent le cours régulier de la continuité, se transforment parfois dans leur type pour évoluer en paroxysmes rémittents ou intermittents ? Tous les praticiens ont observé des faits de ce genre ; parmi eux que, pour mon propre compte, je pourrais citer à l'appui, j'en choisis un qui démontrerait à lui seul, de la manière la plus évidente, qu'une fièvre intermittente, même pernicieuse, peut se développer en dehors de toute cause appréciable d'intoxication miasmatique.

Au mois de mars 1842, la frégate l'*Africaine*, dont j'étais chirurgien-major, faisait route de Brest à Lisbonne. Il n'existait au port de départ aucune épidémie de fièvre intermittente ; l'état sanitaire de l'équipage était excellent. L'un des jours de la traversée, un matelot se présente à ma visite du matin avec tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë : je prescris une saignée du bras et une application de sangsues au point douloureux de la poitrine ; le soir, les symptômes s'amendent, et, le lendemain matin, je trouve le malade sans fièvre et dans le calme le plus complet. Je m'étonnais d'une amélioration aussi rapide, lorsque bientôt, à la suite d'un violent frisson , tous les

symptômes de la pleuro-pneumonie se rallument avec un caractère exacerbant qu'ils n'avaient point offert la veille ; le point de côté est atroce, l'anxiété respiratoire à son comble. Alors je n'hésite pas à diagnostiquer une fièvre pernicieuse pleuro-pneumonique ; je repousse désormais l'intervention de la médication antiphlogistique, et j'attends avec inquiétude, en prescrivant une boisson antispasmodique et des révulsifs, la fin d'un accès dont l'issue menace de devenir funeste. Heureusement l'apyrexie se prononce, et une forte dose de quinine est administrée ; un troisième accès marque encore, mais infiniment plus faible que les deux précédents ; la quinine avait porté juste, et, soutenue pendant quelques jours, elle triompha radicalement de tous les accidents.

Certes, voilà un cas comparable à la fièvre d'intoxication paludéenne la plus grave, et dans lequel pourtant il m'a paru impossible de faire intervenir l'action d'aucun miasme. La frégate était parfaitement tenue ; il ne survint à bord, pendant la traversée et pendant la station dans le Tage, aucune autre fièvre intermittente ; est-il possible de concevoir d'ailleurs que, si un miasme, qui n'aurait pu avoir que le navire pour foyer, avait déterminé cette fièvre pernicieuse, un seul homme en eût ressenti l'influence?

Des considérations qui précèdent il résulte, dans ma conviction du moins, que, pour être la cause la plus fréquente, les miasmes ne sont pas la cause unique du périodisme morbide. En dehors de l'action des miasmes, il peut survenir dans l'organisme un état spécial, dont la nature intime nous est inconnue, en vertu duquel les actes pathologiques tendent à revêtir la forme de l'évolution périodique. Cet état constitue un élément morbide distinct de celui que constitue à son tour l'intoxication miasmatique, paludéenne ou autre ; c'était les confondre en un seul que de faire dépendre nécessairement le premier de la préexistence du second ; mais ils se distinguent dans l'analyse clinique comme dans l'indication thérapeutique ; car tandis que la quinine ou ses succédanés les plus puissants suffisent à enlever le périodisme et parfois en même temps d'autres éléments morbides, antérieurs ou conjoints, qu'il subalternise, l'intoxication miasmatique, l'impaludation dans son action altérante à l'égard des solides et des liquides, résiste et ne cède définitivement qu'au pouvoir reconstituant de la substance entière du quinquina, du fer et du régime analeptique.

Après avoir admis la réalité d'une intoxication miasmatique, entraînant pour conséquences, d'une part, des manifestations symptomatiques à forme rémittente ou intermittente ; de l'autre, des altérations dans la crase du sang et dans la nutrition du foie et de la rate,

il serait d'un haut intérêt de déterminer quels sont les éléments morbifères suspendus dans les effluves marécageux. La plupart des auteurs qui ont envisagé cette question de pathogénie ont cherché à découvrir un principe qui eût une influence directe sur l'origine de la maladie. Tantôt ils ont invoqué les produits de décomposition de végétaux particuliers, habitants ordinaires des lieux marécageux; tantôt des éléments chimiques plus précis et mieux définis, dégagés de l'eau et de la vase des marais. Dans le premier ordre de faits, M. Boudin, entre autres, a émis l'opinion qu'il préexiste dans les marais une végétation toute spéciale, dont les émanations seraient la cause efficiente de l'intoxication; cette opinion se retrouve en plusieurs pays dans le domaine des préventions vulgaires. Ainsi, sous les tropiques les racines du manglier et du mancenilier, en Europe le chanvre roui dans les eaux dormantes, en tout pays les rizières inondées, sont considérés comme donnant lieu à des effluves fébrifères. S'il est possible que des émanations végétales particulières renforcent l'action du miasme paludéen et lui donnent même certains caractères morbifiques tout spéciaux, il est fort douteux qu'elles engendrent les fièvres périodiques par elles-mêmes et en dehors des conditions générales où se putréfient et fermentent les plantes d'où elles naissent. Or, la flore des marais, étudiée sur tous les points du globe, s'est trouvée être si luxuriante et si variée, que l'on a dû arriver à reconnaître que tous les végétaux, sans exclusion et sans choix, à l'état de détritus et humectés par l'eau, sont aptes à alimenter le miasme producteur de la fièvre.

Dans le second ordre de faits ou de suppositions étiologiques, trouverons-nous des causes plus rationnelles et plus palpables? Ici il ne s'agit plus de spécialiser certaines influences, en ne tenant compte que de l'un des éléments de l'atmosphère paludéenne, — la putréfaction végétale, — mais bien d'étudier dans toute sa complexité cette atmosphère où se condensent tous les produits gazeux de décomposition des substances organiques, végétales et animales, mortes dans le limon des marais. L'analyse chimique y a décelé de l'acide carbonique, de l'azote, de l'acide sulfhydrique, du phosphure d'hydrogène; est-ce assez pour l'étiologie de la fièvre? Non sans doute, car, ni un seul de ces gaz, ni tous réunis n'ont jamais, dans aucune expérience, suscité dans l'organisme des phénomènes comparables aux symptômes habituels de l'impaludation. En outre (et ceci peut-être nous donnerait mieux le secret de l'influence délétère du miasme en question, en nous révélant des éléments plus essentiellement septiques), Vauquelin, Moscati, Thénard, Dupuytren, Boussingault, en opérant sur l'air recueilli au-dessus des marais, y ont souvent constaté une matière d'apparence

alcaline, fétide, très-putrescible, se carbonisant au feu, paraissant analogue aux substances organiques carburées et hydrogénées. Joignez à cela l'odeur tantôt ammoniacale, tantôt sulfureuse que ces analystes y ont souvent reconnue, et vous serez induits à admettre, soit un composé complexe où l'on retrouverait, comme dans les matières les plus animalisées, du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, du soufre; soit, ce qui me paraît bien plus probable, une collection de composés plus simples, tels que les carbures d'hydrogène, de l'acide sulfhydrique, des sels ammoniacaux, etc.; mais, en fin de compte, l'analyse chimique n'a pas démontré qu'un seul de ces corps gazeux fût l'agent fébrifère, et tous en bloc ressemblent à ces produits spontanément créés au milieu de la désagrégation des substances organiques.

Cependant il ne faut point, à mon avis, considérer ces résultats analytiques comme en quelque sorte négatifs au point de vue étiologique; parce que la chimie n'est pas arrivée à isoler un corps gazeux uniquement et spécifiquement fébrifère, il ne faut accuser ni son insuffisance ni son impuissance, du moins si, comme j'incline à le penser, ce corps spécifique n'existe pas. Le gaz des marais déverse dans l'atmosphère tous ces produits, dont les principaux étaient mentionnés tout à l'heure, auxquels aboutit la putréfaction des agrégats organiques frappés de mort; à l'absorption de leurs molécules impures commence, pour les agrégats vivants, l'intoxication paludéenne. Que parmi ces molécules délétères il y en ait qui le soient plus les unes que les autres, c'est probable. Supposez leur action isolée, et vous aurez l'idée d'intoxications spéciales, mais différentes de l'intoxication paludéenne, résultante de la somme d'actions de toutes ces molécules. Voilà tout ce qu'il y a de positivement acquis à la science sur le gaz, sur l'effluve marécageux, mélange essentiellement et nécessairement complexe, qui agit par le fait de sa *complexité* même et détermine, par absorption dans l'organisme animal, un empoisonnement spécifique que nul gaz simple n'a été jusqu'ici reconnu apte à produire.

Je me résume :

Des actes morbides tendent à se reproduire selon le type de la périodicité; souvent la cause de cette tendance nous est inconnue; plus souvent, à la vérité, nous sommes autorisés à l'attribuer à l'influence de miasmes particuliers.

Ces miasmes n'ont pas un foyer unique; ils paraissent avoir trois sources principales :

1° *Le sol*, ou plutôt *le sous-sol fraîchement remué et exposé à l'air, en dehors de toutes les conditions qui l'assimileraient temporairement à un terrain palustre;* — il s'en élève des émanations

qu'on peut nommer *telluriques* et qui doivent être distinguées des miasmes marécageux ;

2° *Les marais mouillés ou desséchés, temporaires ou permanents, dans lesquels sont livrés à la fermentation putride des principes végétaux et animaux en proportion variable, quoique généralement, mais non toujours, à l'avantage des premiers;* — es gaz qui s'en dégagent sont constitués par tous les produits ordinaires de la décomposition des matières organiques, sans que rien jusqu'ici autorise à penser qu'il se forme dans leur sein un agent fébrifère spécial ;

3° *Les foyers de production des miasmes animaux, soit les corps animaux privés de la vie et leurs détritus ou les amas de déjections animales, soit les collections d'hommes dans des espaces étroits et imparfaitement aérés;*—ces miasmes, où les produits ammoniacaux dominent, offrant un degré de septicité plus considérable que les miasmes *mixtes* des marais, aggravent l'influence nocive de ceux-ci, et loin de leur présence ils sont aptes par eux-mêmes à susciter dans l'économie, à côté de l'intoxication, la périodicité des manifestations morbides.

Où le miasme fait défaut dans l'étiologie de la maladie périodique, il n'y a qu'un élément capital, le *périodisme*.

Où le miasme apparaît comme cause efficiente, il y a deux éléments dominants, le *périodisme* et l'*intoxication*.

Sans étiologie miasmatique, il peut y avoir périodisme ; l'intoxication conjointe au périodisme suppose nécessairement l'influence antérieure d'un miasme. J. Delioux.

DU TRAITEMENT DE L'AGONIE.

Par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

(Suite et fin) (1).

Les cas d'agonie dérivant directement d'une lésion idiopathique des poumons sont, avons-nous dit, plus communs que les précédents ; tels sont les suivants :

Obs. VII. M. S., âgé de quatre-vingt-deux ans, goutteux et catarrheux depuis longues années, est souvent affecté de congestions pulmonaires plus ou moins rapides, se produisant sous l'influence de causes très-diverses et surtout d'émotions morales auxquelles le rend sujet son caractère irritable. Un soir de l'hiver 1852, après une altercation au jeu, il est pris d'étouffements, qui parviennent en peu d'instants au degré de suffocation imminente. Arrivé près de lui une

(1) Voir la livraison du 15 août, p. 97.

heure après l'invasion des accidents, je le trouve plongé dans une espèce de coma dont il sort parfois en se débattant et s'écriant : j'étouffe. Le visage est pâle, livide, effaré, couvert de sueur; la respiration est pénible, sibilante et stertoreuse; les extrémités sont froides et humides; le pouls est presque insensible; le cœur est faible, lent, irrégulier, à l'auscultation. Je fais aussitôt appliquer de larges sinapismes aux quatre membres, des cruches d'eau chaude à la plante des pieds, un vésicatoire sur le thorax, et fais prendre à l'intérieur, par petites cuillerées et alternativement, de l'eau de mélisse, de l'éther dans de l'eau sucrée, du vin généreux, etc. Insensiblement la chaleur renaît, le pouls se relève, quelques efforts de toux amènent des crachats muqueux, la respiration devient plus libre, le stertor se dissipe, l'intelligence se réveille; mais cette révolution favorable exige deux heures de manœuvres laborieuses, puis l'agitation succède à la torpeur. Une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine amène un sommeil paisible, et le lendemain je retrouve le malade dans son état habituel. Quelques mois après, ce malade a succombé à une anasarque consécutive à la dilatation passive du cœur droit.

Le fait suivant offre beaucoup d'analogie avec le précédent, quant aux phénomènes de l'agonie.

Obs. VIII. M. L., curé de M., âgé de cinquante ans, est affecté d'albuminurie, avec légère hypertrophie du cœur et un peu d'infiltration des membres inférieurs. Il est, en outre, atteint de dyspnée catarrhale et sujet à des congestions pulmonaires souvent accompagnées d'hémoptysie. Depuis un an que nous le soignons, nous avons, à plusieurs reprises, conjuré ces derniers accidents au moyen des antimoniaux et des révulsifs. Vers le milieu de septembre 1852, l'état catarrhal et la dyspnée étant assez intenses, un peu de sang se montre dans les crachats. Les moyens ordinaires restent sans effet. Les bronches s'engorgent assez rapidement, et un soir je le trouve dans un état d'anxiété extrême : facies livide, effaré, ruisselant de sueur; lèvres cyanosées, râle trachéal, extrémités livides, froides et humides; pouls lent, mou, intermittent. Deux ecclésiastiques là présents, avec leur habitude d'assister les agonisants, considèrent notre malade comme étant sur le point d'expirer. Je fais appliquer des sinapismes aux membres et sur la région sternale, et ingère un peu d'eau de mélisse. L'asphyxie faisant des progrès, la toux, comme avortée, étant impuissante à chasser les mucosités bronchiques, je fais prendre quelques cuillerées d'un vin blanc généreux que le malade affectionne; en même temps je fais couvrir de ventouses sèches, au nombre de plus de quatre-vingts, les membres inférieurs et supérieurs. Sous l'influence de

l'excitation interne et de cette puissante révulsion, la toux devient plus forte, les crachats se détachent, la poitrine est allégée, la peau se réchauffe, le pouls devient plus ferme et régulier ; mais il apparaît un peu d'agitation, due, peut-être à un léger degré d'ivresse, bien que le malade n'ait pris qu'environ soixante grammes de vin. Je fais alors ajouter trente gouttes de laudanum à une solution d'eau de mélisse sucrée de 60 grammes, à prendre par cuillerée à café, de quart d'heure en quart d'heure. Enfin, après trois heures de soins actifs et minutieux, le malade s'endort tranquille. Le lendemain matin nous le retrouvons calme, ayant le sentiment du danger auquel il a échappé et nous remerciant avec effusion de lui avoir rendu la vie. Nos deux prêtres ne furent pas médiocrement étonnés de retrouver leur collègue ressuscité, suivant leur expression. Mais il existe un petit mouvement fébrile et une légère diarrhée : vingt ventouses scarifiées aux cuisses, la tisane de riz gommée, les lavements de pavot et la diète, dissipent ces accidents. Mais la maladie principale, l'albuminurie, poursuit son cours; l'anasarque fait des progrès, et le malade succombe enfin un mois après les événements ci-dessus.

Je pourrais ajouter d'autres faits aux précédents, bien que ces cas heureux soient de beaucoup l'exception, eu égard à l'immense proportion des malades qui succombent, une fois arrivés aux degrés d'agonie que nous avons dépeints. On voit pourtant qu'il n'est pas de situation extrême qui ne laisse une lueur d'espérance, et cela doit suffire pour autoriser à poser en loi de ne jamais abandonner un malade, tant que la mort n'est pas confirmée. Mais il faut ajouter que de pareils triomphes ne s'obtiennent que moyennant une foi robuste en la puissance de l'art, une activité, une persévérance que rien ne fatigue et ne rebute, et une présence d'esprit que rien ne peut troubler. Aussi remarquera-t-on que presque tous ces succès sont empruntés à la pratique civile, là où le malade est l'objet d'une incessante et active sollicitude. Cependant, à part *l'Observ.* IV, je pourrais emprunter quelquelques faits à ma pratique hospitalière. Ainsi, je me rappelle, entre autres, une jeune fille affectée de fièvre typhoïde, sur le visage de laquelle j'avais ramené le linceul, pour dérober le spectacle de la mort à ses voisines, et que je fus assez décontenancé de retrouver bien vivante à la visite du lendemain. C'est pourquoi dans mes actes cliniques, en face des agonisants, je ne manque jamais de prescrire des moyens actifs, accueillis ordinairement par l'assistance avec le sourire de l'incrédulité ; mais je représente ces prescriptions *in extremis* comme un devoir de conscience, une espèce de sacrement obligatoire dont il suffit que l'utilité se soit produite une fois sur mille, ne fût-ce qu'en

prolongeant de quelques jours, de quelques instants, la vie des malades. Songez, en outre, qu'un succès de ce genre est ce qu'il y a de plus propre à faire éclater l'habileté du praticien, en le représentant comme armé d'une puissance quasi divine.

A quoi bon tourmenter inutilement les pauvres mourants? entendons-nous dire tous les jours. D'abord, il n'est pas prouvé que les mourants soient bien sensibles à la douleur (*Observ.* V); puis, nous venons de prouver que ces tourments peuvent être bons à quelque chose; enfin, demandez au malheureux qui suffoque et qui se sent mourir, demandez aux parents éplorés qui vous conjurent de le sauver, ce qu'ils pensent de votre sentimentale philanthropie? Mais en dehors de toutes ces considérations professionnelles, il est quelque chose de positif, de glorieux pour la science et d'heureux pour l'humanité, c'est la conscience de pouvoir réussir, basée sur des faits assez nombreux et authentiques.

En parcourant nos observations, relatives à des cas assez divers, on aura remarqué qu'en définitive nos moyens d'action sont assez peu nombreux et variés. A part quelques évacuations de sang ou de sérosité (*Observ.* V et VI), ces moyens se résument à peu près dans la méthode stimulante, locale ou générale, interne ou externe, directe ou indirecte. C'est que la mort, finalement, résulte de la cessation d'action des organes principaux, et que le problème consiste, pratiquement, à raviver ces organes défaillants, quelle que soit, d'ailleurs, la cause de leur défaillance. Ici triomphe dans tout son éclat la doctrine des éléments. En effet, ce sont les éléments faiblesse, syncope, asphyxie, stupeur, paralysie, qu'il s'agit de combattre actuellement, tour à tour ou ensemble. Eh bien! contre tous ces éléments, c'est presque toujours la stimulation qu'il faut invoquer, au risque d'aggraver momentanément l'élément primitif, originel, phlegmasique ou autre; car, après tout, la première condition pour guérir c'est de vivre, et c'est la vie qu'il s'agit de retenir, sauf à guérir après.

Quant aux détails, nous allons les exposer sommairement, en nous aidant surtout des précieux travaux de M. Piorry. Ce professeur divise le traitement de l'asphyxie des agonisants en préservatif et en curatif. Le préservatif ne nous concerne pas, car nous avons spécialement en vue l'agonie confirmée. Il nous suffira donc de rappeler l'air chaud et sec, l'abstinence des boissons, l'alimentation substantielle, les exercices modérés, et surtout le traitement de la maladie principale, à titre de préventifs.

Quant au traitement curatif, nous retrouvons l'air sec et chaud respiré, comme moyen de vaporiser une partie du liquide bronchique;

mais ce n'est là qu'un moyen bien précaire, surtout dans les cas urgents. Il nous paraît plus essentiel de procurer un air pur et renouvelé, pour favoriser l'oxygénation du sang. L'abstinence des boissons n'est aussi que d'un faible secours à la période d'urgence que nous supposons ; elle est, du reste, commandée le plus souvent par la déglutition. Il faut ingérer à petites doses réitérées, et avec précaution, pour éviter le passage des liquides dans le larynx, quelque potion tonique, du vin, du bouillon, ainsi que nous l'avons fait dans la plupart des cas mentionnés dans ce travail. Il est très-essentiel de maintenir la tête et le tronc relevés pour favoriser l'expectoration dans les cas d'obstruction pulmonaire ; mais dans les cas de syncope la position horizontale est de rigueur.

Favoriser les efforts d'expiration, ou plutôt provoquer la toux et l'expectoration est l'indication fondamentale dans les cas de râle trachéal. On recommande alors d'engager le malade à tousser et à cracher ; mais le plus souvent les forces font défaut et l'intelligence est abolie. Il devrait exister des remèdes *tussifiques* (passez-nous le mot), comme il existe des sternutatoires, des vomitifs, etc. Les expectorants ne sont pas synonymes ; on provoque, on soutient, on fortifie la toux, et partant l'expectoration, d'une part en stimulant les forces générales au moyen des eaux aromatiques, du vin, des teintures alcooliques ; d'autre part, en irritant légèrement le larynx au moyen d'inspirations tant soit peu irritantes, acétiques, ammoniacales ou autres.

Les saignées générales sont rarement indiquées, si ce n'est dans les cas de turgescence manifeste. Il est à craindre qu'elles ne brisent les forces défaillantes ; de sorte que, tout en vidant les vaisseaux, il peut être utile d'insister sur les stimulants. Les saignées locales affaiblissent moins ; elles conviennent surtout associées à la dérivation, double effet que procurent les ventouses scarifiées, hardiment et largement appliquées, comme dans notre *Observ.* VI.

Sans extraire le sang lui-même, on peut chercher à le dépouiller de sa sérosité. A ce sujet, M. Piorry passe en revue les sudorifiques, les diurétiques, les sialagogues, tous moyens dont, avec raison, il fait peu de cas ; mais, à notre avis, il ne rend pas assez justice aux vomitifs, comme stimulants, et surtout comme moyens expulsifs des mucosités bronchiques ; il préfère les purgatifs, dont l'action est trop lente lorsque la mort est imminente.

Dans presque tous les cas de gêne respiratoire, de râle, par conséquent, nous sommes portés d'instinct à placer des vésicatoires sur le thorax, moins, certainement, comme évacuant de la sérosité, que comme révulsif et stimulant général. A côté des vésicatoires se pla-

cent naturellement les sinapismes et surtout les ventouses sèches, ce puissant moyen de dérivation et de stimulation tout à la fois (*Observation* VIII), puis les frictions excitantes, chaudes, sèches ou humides.

N'oublions pas, comme moyen direct de dégorgement, les scarifications (*Observ.* V), l'acupuncture et la paracentèse abdominale ou thoracique, dans les diverses hydropisies.

L'indication spéciale des toniques fixes n'existe qu'accessoirement ; car on doit, dans les cas d'urgence que nous supposons, leur préférer les stimulants diffusibles, dont l'action est instantanée ; mais comme adjuvants, les toniques sont rationnellement indiqués.

Les opiacés doivent être prescrits lorsqu'il y a douleur vive, convulsions, agitation, surexcitation nerveuse, en un mot, circonstance qui n'est pas rare avant et après l'agonie (*Observ.* VII et VIII). Nous croyons avoir sauvé la vie, au moyen de l'opium, à des malades sur le point de succomber aux violentes douleurs et aux convulsions de la méningite cérébro-spinale ; mais lorsque la vie est sur le point de s'éteindre par syncope ou par asphyxie, lorsque la sensibilité et la motilité font défaut, il est évident que le narcotisme est contre-indiqué.

Enfin, l'insufflation pulmonaire, le pompement des mucosités bronchiques au moyen d'une seringue aspirante, la trachéotomie, peuvent trouver leur application dans des cas exceptionnels.

On voit que ces nombreux moyens n'ont pas tous la même importance, et qu'il est facile de les réduire à un très-petit nombre, eu égard à la simplicité des indications.—Conclusions :

L'agonie n'est pas toujours suivie de la mort.

L'agonie comporte un traitement spécial, comme les autres phases de la maladie, voire même comme maladie spéciale.

On doit tenter de combattre l'agonie dans tous les cas, ignorant quels sont ceux où les secours seront radicalement impuissants.

L'agonie consiste dans la diminution ou l'arrêt de fonctionnement d'un ou de plusieurs organes ou appareils essentiels à la vie. Ces appareils sont, principalement, ceux de l'innervation, de la circulation et de la respiration.

L'agonie est variable dans ses formes et dans ses degrés ; mais ses divers aspects ont cela de commun qu'ils paraissent annoncer une mort prochaine.

L'indication curative consiste essentiellement à ranimer les fonctions qui tendent à défaillir.

Les moyens de rappeler les agonisants à la vie varient peu, quel que soit l'appareil le plus gravement affecté.

Ces moyens rentrent presque tous dans la médication stimulante, directe ou indirecte.

Il est essentiel d'agir avec vigueur et persévérance, en modifiant les procédés selon les indications et les effets observés.

Parmi les indications, celle de réveiller la sensibilité se présente en première ligne, car elle s'applique également aux défaillances de l'innervation, de la circulation et de la respiration, à la paralysie, à la syncope et à l'asphyxie.

L'asphyxie lente par engorgement pulmonaire passif est la forme la plus commune et souvent la plus grave de l'agonie ; elle se produit primitivement ou consécutivement.

Rétablir la respiration en désobstruant les bronches, est donc l'indication la plus ordinaire. On y parvient en excitant les forces générales, puis en suscitant la toux, double élément d'où dépend l'expectoration.

C'est en vain qu'on extrairait le mucus des bronches et qu'on provoquerait la toux, si l'on ne rendait au malade les forces nécessaires pour obtenir et entretenir l'expectoration.

C'est dans ce but qu'on applique avec énergie, et d'une manière soutenue, les stimulants internes ou externes, notamment les aromatiques, le vin, l'alcool, à petites doses répétées, concurremment avec les larges vésicatoires sur le thorax, les sinapismes, les frictions stimulantes, les ventouses sèches ou scarifiées sur toute la surface des extrémités et du tronc lui-même, etc.

La limite des efforts est marquée par un phénomène unique, la cessation définitive des battements du cœur.

S'il est vrai que ces tentatives restent cent et mille fois sans résultat satisfaisant, il suffit que leur efficacité soit démontrée par quelques cas moins rares qu'on ne le croit généralement, pour que le praticien se fasse un devoir de conscience de les appliquer dans tous les cas.

Prof. Forget.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

UN MOT SUR QUELQUES ESSAIS TENTÉS AVEC LE PERCHLORURE DE FER COMME TRAITEMENT CURATIF DES VARICES.

Quoique les varices ne constituent pas une maladie dangereuse, on peut voir, en parcourant l'histoire de l'art, que leur traitement curatif a éveillé la sollicitude des médecins les plus considérables de toutes les époques. On trouve, en effet, au nombre des expérimentateurs,

Hippocrate, Celse, Albucasis, Amb. Paré, Dionis, et plus près de nous Ev. Home, Brodie, Boyer, Béclard, Velpeau. Malgré ce concours d'hommes remarquables et vingt siècles de recherches incessantes, le problème est encore à attendre sa solution.

Il est peu de points de thérapeutique qui marquent plus nettement les progrès de la science moderne que les recherches qui ont pour but la cure radicale des varices. Ce sont toujours les mêmes moyens ; la cautérisation, la section, la ligature ; mais combien les procédés ont varié, et qu'il y a loin entre les méthodes mises en pratique de nos jours et les procédés barbares employés par les anciens ! Ainsi Celse rapporte que non-seulement, de son temps, on cautérisait les dilatations variqueuses, mais qu'on les extirpait; et Plutarque nous a conservé l'exemple du stoïque Marius, qui refusa de livrer sa seconde jambe au chirurgien qui venait d'en débarrasser la première par cette méthode, en disant que le remède était pire que le mal. Si les procédés modernes sont plus simples et mieux formulés, il ne faut pas moins reconnaître qu'ils ne sont guère plus efficaces.

L'idée de guérir radicalement et d'un seul coup les varices n'a donc jamais été abandonnée complétement par les thérapeutistes ; il faut voir dans ce fait un *desideratum* réel de la pratique. Si la gêne que leur présence apporte dans la marche et les ulcères qu'elles provoquent et entretiennent ne légitiment pas toujours l'intervention de l'art, il n'en est pas de même des pertes de sang auxquelles elles donnent lieu. Un bon nombre de cas d'hémorrhagies par rupture de varices, ayant entraîné la mort, sont mentionnés dans les recueils scientifiques, et j'ai été témoin, pour ma part, d'un fait de ce genre chez une blanchisseuse, enceinte de huit mois. Tout exceptionnels que soient les cas dans lesquels le développement variqueux est tellement considérable que les moyens contentifs ne peuvent maintenir sûrement les parties, ils n'en existent pas moins, et ce sont eux principalement qui entraînent les chirurgiens à sortir de l'expectation et les poussent vers des voies nouvelles.

En résumé, comme tous les procédés proposés jusqu'ici ont eu pour but d'oblitérer les veines devenues variqueuses, il n'est pas étonnant qu'on ait songé tout d'abord à profiter de l'action remarquable du perchlorure de fer. Nous-même y avions songé, mais les résultats fournis par les quelques expérimentations que nous avons pratiquées sur des veines jugulaires de chevaux nous avaient éloigné de toute idée de transporter ces expériences des animaux à l'homme. L'expérimentation thérapeutique est nécessaire, indispensable ; mais c'est à la condition de ne pas enfreindre ce grand principe de morale, ***ne pas nuire***

au malade. Or, de tous les dangers qu'entraînent les tentatives d'oblitération des veines, le plus grave est de voir l'inflammation dépasser certaines limites et donner lieu à une phlébite. Dans toutes nos expériences sur les animaux, nous avons été témoin de la suppuration des parois vasculaires ; ce résultat avait lié notre main. Nous devons nous hâter de dire qu'à l'époque où nous nous sommes livré à ces essais, M. Burin-Dubuisson n'avait pas encore publié son travail sur le mode à suivre pour la préparation du perchlorure de fer, que le liquide dont nous nous sommes servi sortait du commerce de la droguerie. Nous devons même ajouter que les faits dont nous avons été témoin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans les services de MM. Valette, Desgranges et Pétrequin, montrent une fois de plus combien une préparation bien faite exerce une grande influence sur les résultats de l'expérimentation ; car, sur les dix ou douze injections pratiquées par ces chirurgiens, une seule avait provoqué des accidents, tandis que, dans les deux expériences sur les veines de chevaux, nous avons vu des phlébites survenir dans les deux cas.

Comme le concours ouvert par la Société de chirurgie sur la valeur de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement curatif des varices doit nécessairement provoquer de nouvelles tentatives, nous croyons devoir publier les résultats dont nous avons été témoin.

Obs. I. *Varices des membres inférieurs. — Injections de perchlorure de fer et de manganèse à 30°.* — Jean-Marie Dovernay, tisserand, âgé de cinquante-quatre ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 juillet pour être traité d'un ulcère variqueux à la jambe droite. Il porte des varices aux deux membres depuis au moins vingt-cinq ans. Toute espèce de traitement a été négligée. Les veines de la jambe gauche sont assez développées, surtout après la marche, mais il n'y a jamais eu d'ulcères. La jambe droite présente plusieurs taches brunâtres, restes d'anciens ulcères cicatrisés. Au niveau du tiers inférieur avec les deux tiers moyens, et un peu sur le côté externe, existe une vaste ulcération de mauvaise apparence, venue à la suite d'un coup de pied de vache reçu il y a vingt ans. Pendant ce laps de temps, la plaie s'est ouverte et s'est fermée plusieurs fois. La saphène interne est très-développée et présente des indurations dans ses parois. Une branche de la saphène externe qui vient se jeter dans la précédente est aussi très-variqueuse. Le malade est envoyé au bain et garde le repos dans son lit.

Le 19 juillet, M. Pétrequin pratique l'opération suivante : on établit avec quelques tours de bande une compression au-dessus du genou droit ; quelques instants après, pour empêcher le reflux du sang, on comprime au dessous du point où l'on veut opérer ; ce point correspond à la veine saphène interne au-dessous des tendons de la patte d'oie ; la tumeur est alors très-fluctuante et fait un relief prononcé. On se sert de la seringue de M. Pravaz ; on fait une ponction sous-cutanée et le trocart est introduit obliquement dans la tumeur veineuse ; en tournant le piston on fait arriver dans

la tumeur seize gouttes de perchlorure de fer et de manganèse à 30°, préparé par M. Burin-Dubuisson, pharmacien-chimiste à Lyon. La tumeur est tendue par le liquide: le malade n'a pas souffert beaucoup. On retire la seringue et on applique sur le lieu de la ponction une petite bandelette de toile imbibée de collodion. On établit ensuite une double compression pour faire une seconde injection sur un autre point variqueux à quelques centimètres au-dessous. On dépose dans la veine vingt gouttes de perchlorure de fer et de manganèse.

Les accidents ont été tout à fait nuls. Il est survenu quelques jours après, au lieu de la première opération, une petite phlyctène qui n'a pas été suivie de la moindre parcelle de gangrène, et qu'on attribue à une application préalable de pierre infernale.

Les deux tumeurs sont dures, sans traces d'inflammation; il s'est formé un caillot et des adhérences qui ont oblitéré la veine. Depuis l'opération, l'ulcère a changé d'aspect et s'est cicatrisé dans les deux tiers de son étendue, le 4 août.

Le malade reste en observation.

Obs. II. Joseph Gelin, âgé de trente-trois ans, chiffonnier, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 1, le 22 juillet 1853. Il a des varices depuis huit ans. Les deux membres inférieurs, le gauche surtout, sont couverts de taches brunâtres qui sont les cicatrices d'ulcères. La constitution est forte, et il attribue sa maladie aux longues courses qu'exige sa profession.

Le 30 juillet, la compression ayant été établie comme dans le cas précédent, M. Pétrequin injecte dans la veine variqueuse, à cinq travers de doigt au-dessous du genou, seize gouttes de perchlorure de fer et de manganèse à 30°, préparé également par M. Burin-Dubuisson. On emploie le même procédé et les mêmes précautions que pour le cas précédent. On fait une deuxième injection de douze gouttes à quelques centimètres au-dessous et en dehors.

Aujourd'hui 4 août, il ne s'est développé aucun accident inflammatoire au dehors de la veine; les tumeurs sont dures, oblitérées, et non douloureuses au toucher. Le malade a été porté au bain deux fois. L'état local et général est satisfaisant.

Le 7 août, M. le docteur Debout, de Paris, a constaté les excellents résultats obtenus par l'opération chez ces deux malades.

Dans ces observations, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Chatin, on voit qu'on s'est servi du perchlorure de fer et du manganèse. Pour nos lecteurs, qui savent le soin que M. Pétrequin apporte à l'étude des sels ferro-manganeux, cette substitution n'a rien qui doive les étonner.

Quant aux cas de M. Valette, comme ce chirurgien s'est réservé d'en rendre compte dans un travail qu'il destine à la Société de chirurgie, nous nous bornerons à dire que les deux malades de son service sur lesquels il avait fait l'application de la nouvelle méthode allaient également très-bien. Dans ces expérimentations, M. Valette a mis en usage le perchlorure de fer pur.

Voici maintenant les faits qui appartiennent à M. Desgranges, et que notre confrère a bien voulu nous adresser, en les faisant suivre de judicieuses remarques.

Obs. I. Le malade opéré est un vieillard de soixante-huit ans, maigre et affaibli, portant à la jambe gauche deux ulcères et des paquets variqueux qui se rendent, les uns dans la saphène interne, les autres dans la saphène externe. — Le 26 juillet 1853, à l'aide des instruments de M. Pravaz, on injecte en deux points différents 10 gouttes de perchlorure de fer, ce qui fait en somme 20 gouttes du même coup. — Dès le lendemain, rougeur, chaleur et sensibilité locale ; plus une tache noirâtre fort petite sur l'un des points injectés. — Au 30 juillet, l'inflammation occupe tout le tiers supérieur de la jambe, et sur l'un des points injectés il s'est formé un abcès. Fièvre, état saburral. Mais, en même temps, l'on s'aperçoit que les ganglions inguinaux sont engorgés, sensibles à la pression, et que la cuisse est devenue le siége d'un empâtement diffus, plus marqué vers le milieu de la cuisse, et assez douloureux pour arracher des plaintes au malade. Les jours suivants, l'engorgement fait de nouveaux progrès ; la fièvre prend encore de l'intensité ; l'état général se complique d'adynamie et de subdelirium ; finalement, le malade succombe le 6 août, onze jours après l'opération.

« Suivant toutes probabilités, cet événement malheureux se rattache à trois causes : 1° à l'âge avancé du sujet (soixante-huit ans), à sa débilité ; 2° aux injections multiples ; 3° à la trop grande quantité de perchlorure, qui est devenu la cause d'une inflammation locale vive, d'une réaction générale forte, compliquée plus tard d'adynamie. — Y a-t-il eu phlébite ? je ne le pense pas, vu que le membre ne s'est point engorgé vers son extrémité, ce qui aurait dû arriver, puisque, d'une part, les veines profondes auraient été obstruées par des caillots sous l'influence de l'inflammation, et que, d'autre part, la circulation superficielle était entravée par l'injection, par les abcès. D'ailleurs, l'état général n'était pas celui de l'infection purulente. — Je crois plutôt que l'engorgement de la cuisse se rattache à une lymphite profonde ; et, indépendamment des raisons qui précèdent, j'en vois une preuve nouvelle dans l'engorgement des ganglions de l'aine. Qu'une lymphite profonde survienne à la suite d'une plaie, on le voit tous les jours ; que chez un homme âgé et dans de mauvaises conditions elle occasionne la mort, nous ne sommes point pour cela en dehors des règles ordinaires. Néanmoins je reconnais que, chez cet homme, l'injection de perchlorure a été la cause première de la mort.

« Après vous avoir exposé, mon cher confrère, l'unique fait qui, de tous les miens, est un grave argument contre la méthode, permettez-moi de vous résumer aussi ceux qui ont une valeur non moins réelle en faveur de la méthode modifiée, et telle que je la pratique à présent, sans danger. D'abord, je vous rappellerai le second opéré que

vous avez vu dans mon service, et pour lequel je n'avais point encore pris les précautions dont je me fais une règle.

Obs. II. Homme de quarante-huit ans, journalier, porteur d'un ulcère à la jambe droite et de varices qui remontent des pieds au genou, en replis tortueux, pour aboutir à la saphène interne. — 27 juillet. Injection de *quinze gouttes* de perchlorure, à 30° de Baumé (Burin-Dubuisson), dans la veine, au niveau du condyle interne du fémur. Le caillot se forme aussitôt, et au bout de quelques minutes il se prolonge dans le vaisseau. — Compresses d'eau blanche. Premier pansement. — Les jours suivants, le malade souffre un peu, mais il n'y a ni rougeur ni tuméfaction nouvelle au niveau du caillot. L'ulcère se modifie rapidement, le caillot s'allonge tous les jours en haut et en bas, au point que du voisinage de l'ulcère au tiers inférieur de la jambe, on peut le suivre jusqu'à mi-cuisse. En un mot, chez cet opéré, caillot dur, résistant, s'étendant tous les jours, sans qu'il soit survenu le plus léger accident local, sans qu'il y ait eu de réaction générale d'une certaine importance. — Cet homme sortit en bon état ; ses varices n'apparaissaient plus, même après une marche prolongée.

Obs. III. Homme fort, robuste, ayant des varices volumineuses qui s'abouchent dans la saphène interne ; elle-même dilatée et visible jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. La peau de la jambe, dans toute sa moitié inférieure, est violacée, adhérente ; près de la malléole interne, elle est rugueuse, couverte de croûtes ; c'est là que précédemment il y avait un ulcère. Au niveau du condyle interne et dans la saphène même, j'injecte du perchlorure de fer, mais *trois gouttes* seulement, avec le soin, comme toujours, de comprimer au-dessus et au-dessous. Au bout de dix minutes, le caillot est formé, moins dur, moins étendu cependant que dans les cas précédents. — Pansement avec des compresses imbibées d'eau blanche. — Les jours suivants, le caillot s'allonge et se confond au niveau de la piqûre avec un peu d'engorgement des tissus ambiants ; il survient un peu de rougeur circonscrite au caillot, et avec cela plus de chaleur et de sensibilité qu'à l'état normal ; mais il a suffi d'appliquer des cataplasmes de farine de lin pendant cinq jours pour que l'inflammation disparût, laissant à découvert le caillot toujours bien consistant et prolongé dans le vaisseau au-dessus et au-dessous du point injecté. Ainsi, point d'abcès, inflammation légère, dominée par les seuls topiques émollients ; réaction générale faible ; telle est l'histoire abrégée de ce malade. Ces jours derniers, comme il restait encore un paquet veineux que la première injection n'avait pas suffisamment modifié, j'en ai fait une seconde de *deux gouttes seulement*, et cette quantité si petite a suffi pour produire un bon caillot, tandis que l'inflammation consécutive a été si légère que des topiques émollients, pendant trois jours, ont suffi à la faire disparaître.

« Je pourrais encore vous parler de trois autres malades dont les varices ont été attaquées par le perchlorure, à la dose de *deux gouttes*, et chez lesquels tout s'est réduit à une inflammation légère, sans abcès, dominée par les émollients locaux, sans que jamais la réaction générale ait nécessité autre chose que la diète et des boissons délayantes ; mais le temps ne me le permet pas aujourd'hui.

« En résumé, je puis vous affirmer que, sur *six* opérés, si j'ai eu

un cas fâcheux, j'en compte *cinq* où tout s'est réduit à une inflammation locale légère dont les moyens les plus simples ont fait justice, et à une réaction générale qui n'a pas donné un seul instant d'inquiétude. Aussi regardé-je à présent l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente, à la condition toutefois d'être faite avec une grande réserve.

« Si donc j'avais à tracer une ligne de conduite à ce sujet, je dirais : 1° Le perchlorure de fer employé doit être à 30° de Baumé et préparé avec tous les soins délicats qu'exige ce produit ; — 2° les veines doivent être gonflées au moment de l'opération, soit en faisant marcher le malade, soit plutôt en le faisant marcher, la cuisse comprimée par une ligature circulaire ; — 3° si les varices sont volumineuses, le malade peut être opéré couché, sinon il est bien préférable de l'opérer debout ; — 4° établir une compression exacte au-dessus et au-dessous du lieu d'élection, en accumulant sur ce point le plus de sang possible ; — 5° prendre tous les soins possibles pour arriver dans la veine d'un seul coup, sans déchirer le tissu cellulaire ambiant ; — 6° piquer directement, sans rechercher un trajet sous-cutané plus ou moins long, qui deviendrait une cause d'inflammation ; — 7° une fois dans la veine, éviter que la pointe de l'instrument ne blesse la paroi opposée ; — 8° ne jamais injecter plus *de deux à trois gouttes de perchlorure de fer à 30° de Baumé ;* ne jamais faire plus d'une injection à la fois ; — 9° s'assurer préalablement du nombre de demi-tours nécessaires pour remplir la canule dont on va se servir, et partir de là pour compter les deux gouttes ; — 10° une fois l'injection faite, continuer toujours la compression, de 10 à 15 minutes ; — 11° pansement astringent d'abord ; plus tard, quand survient l'inflammation, topiques émollients ; — 12° repos, boissons délayantes, diète pendant quelques jours, etc., etc. »

La nécessité d'oblitérer les veines variqueuses étant admise, nous devons accepter le procédé que nous signale M. Desgranges comme étant le plus simple, le plus facile et surtout le moins dangereux. Nous pouvons même, à ce point de vue, joindre notre témoignage au sien, car aussitôt notre retour à Paris nous avons provoqué un jeune chirurgien des hôpitaux, M. Follin, à répéter ces expériences. Trois malades affectés de varices, à l'hôpital Saint-Antoine, ont été soumis à l'injection du nouvel agent coagulateur. M. Follin s'est servi du perchlorure mis à la disposition des membres de la Société de chirurgie par M. Burin-Dubuisson, et les suites des opérations ont été si simples, qu'au bout de huit jours les malades ont voulu retourner chez eux, promettant de venir de loin en loin à la consultation faire con-

stater la durée de leur cure. Cette constatation est importante, car il ne suffit pas que l'opération ait réussi et que les malades quittent l'hôpital guéris de l'affection pour laquelle ils avaient été opérés ; il faut encore que la guérison se maintienne. Si après un temps plus ou moins long la maladie se reproduit, c'est en pure perte que l'opération a été pratiquée, et il sera du devoir du chirurgien d'abandonner la méthode suivie, quelque innocente qu'elle paraisse.

Nous aurons probablement à revenir plusieurs fois sur ces faits d'oblitération des vaisseaux, qui semblent occuper les chirurgiens plus vivement que jamais, et nous aurons ainsi l'occasion d'apprécier la valeur de ces tentatives, car tout procédé nouveau doit recevoir la sanction du temps avant d'être accepté dans la science.

Cette consécration est d'autant plus importante dans l'espèce, que pendant notre séjour à Bicêtre, nous avons vu un nombre considérable de vieillards chez lesquels on avait tenté en vain l'oblitération des dilatations variqueuses. Toujours, après un temps plus ou moins considérable, les varices s'étaient reproduites.

Le calibre du vaisseau fermé en un point, le sang se fraye d'autres voies ; il dilate les veinules, qui peuvent à leur tour venir former des reliefs sous la peau. Si ces anastomoses ne se développent pas constamment au point de reproduire la maladie, d'après la disposition anatomique des parties, on comprend qu'elles servent à ramener le sang dans la partie de la veine variqueuse placée entre les points oblitérés. Quelque nombreuses et variées qu'aient été les méthodes, nous n'avons jusqu'ici été témoin que de succès momentanés.

En faisant ces réserves, il est loin de notre esprit de vouloir immobiliser le mouvement de la science ; nous voulons seulement rappeler aux chirurgiens tous les éléments du problème dont ils cherchent la solution. Il y a, dans l'insuccès des opérations qui sont pratiquées sur les membres inférieurs, quelque chose qui tient à la région ; ainsi, lorsque les dilatations variqueuses siégent sur les parties supérieures du tronc, dès que l'oblitération est obtenue, la cure est permanente. Le mode de circulation du scrotum explique aussi les succès durables qui suivent les opérations du varicocèle.

Une expérimentation prolongée démontrera, dans toute sa portée, la valeur des nouvelles tentatives pratiquées avec le nouvel agent coagulateur ; étudiée avec soin et dans ses résultats heureux et dans ses dangers, elle dira si l'introduction du perchlorure de fer dans la pratique chirurgicale doit être inscrite au nombre des conquêtes de la science moderne.

DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR UNE NOUVELLE PRÉPARATION DE COLCHIQUE. — TEINTURE HANNEMANIENNE DE FLEURS.

Un point de matière médicale fort important, et dont on ne s'occupe pas avec assez de soin, est de rechercher celles des diverses parties des plantes qui sont les plus actives. Ce n'est qu'à la longue et par voie d'élimination que ce travail si profitable à la médecine pratique s'accomplit. Si cette marche est la plus lente, elle est aussi la plus profitable; car arrivé au but, il n'est plus possible de revenir en arrière. Quelques renseignements précieux, que nous avons reçus pendant un récent voyage en Suisse, nous permettent d'espérer que le moment est prochain où nous pourrons fixer la valeur des diverses parties du colchique.

L'oignon fut la seule partie employée par Storck, à qui l'on doit la première étude thérapeutique des propriétés de cette plante. Ce choix s'explique facilement : l'illustre médecin viennois étudiait comparativement le colchique et la scille; il usa donc des mêmes parties. La double propriété qu'il ne tarda pas à reconnaître au bulbe de colchique, en l'essayant sur lui-même, ainsi qu'il avait l'habitude de le faire, l'engagea à l'employer dans les hydropisies passives. Malgré les succès signalés par Storck, et qui ont été étayés par le témoignage de médecins recommandables, entre autres de Carminati, l'emploi des préparations de colchique dans ces maladies est resté très-limité. L'énergie d'action de cet agent en est la première cause ; Storck l'avait vu : car il chercha un véhicule qui refrénât la trop grande violence du colchique ; il arrêta son choix sur le vinaigre, et se servit exclusivement de l'oxymel de colchique pour le traitement de ses hydropiques.

Cet expérimentateur a encore vanté l'usage de cette préparation dans le catarrhe muqueux chronique. L'oxymel de colchique, employé à petites doses dans ces affections, dit cet auteur, fait cesser la toux et provoque l'expectoration. Aussi Storck le regarde comme incisif et fondant dans ces derniers cas.

Ainsi, bon diurétique et purgatif drastique dans les hydropisies chroniques, incisif et fondant dans les affections pulmonaires chroniques, telles sont les seules propriétés thérapeutiques auxquelles Storck était arrivé. Ces résultats expliquent comment, malgré l'attention spéciale qu'il appela sur ce médicament, les préparations de colchique disparurent peu à peu de la pratique. La scille est abondante, à bon marché, son action diurétique aussi certaine au moins, et son emploi beaucoup

moins dangereux que celui du colchique. Comme agent diurétique, nous en pouvons dire autant de la digitale. Quant à son action purgative, les agents ne manquent pas dans la matière médicale : restait donc son action incisive ; l'oxymel scillitique est venu encore le détrôner à cet égard.

Le colchique aurait probablement disparu de la matière médicale, si une nouvelle série d'expérimentations n'était venue préserver ce médicament de l'oubli. Vers 1814, parut en Angleterre, sous le nom de *Eau médicinale d'Husson*, un remède secret qui prétendait guérir la goutte. Quelques succès remarquables obtenus avec le nouveau moyen fixèrent l'attention des praticiens anglais; et l'un d'entre eux, ayant appris que l'oignon du colchique entrait dans la formule du remède, eut l'idée de l'expérimenter, non plus sous la forme classique d'oxymel, mais en liqueur alcoolique : le vin et la teinture. Sir Everard Home fit usage du vin de colchique sur lui-même pendant dix-sept mois, et proclama, d'après son expérience personnelle, que cette préparation faisait cesser très-promptement les accès de goutte et les rendait plus rares. Depuis cette époque, les journaux anglais sont pleins de travaux qui témoignent des bons effets des préparations de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.

C'est à la forme de teinture que se sont arrêtés la plupart des expérimentateurs; mais cette forme pharmaceutique ne pouvait empêcher la variabilité des préparations faites avec le *bulbe* de colchique, puisque l'énergie du médicament dépend exclusivement de l'époque à laquelle le bulbe a été récolté. Aussi ce fut un progrès marqué dans l'histoire de cet agent thérapeutique, lorsqu'en 1820, le docteur William proposa de substituer les *semences* au bulbe, dans la confection de la teinture. L'effet beaucoup moins incertain de cette nouvelle préparation a depuis fait inscrire le colchique dans tous nos formulaires.

Nous venons aujourd'hui appeler l'attention des praticiens sur une nouvelle substitution, celle de la *fleur* du colchique, à l'exclusion de toutes les autres parties de la plante. La teinture de fleurs est beaucoup moins variable encore que celle de semences, et surtout que celle de bulbes, et pourtant plus efficace. Depuis un grand nombre d'années, notre savant confrère M. le docteur Coindet nous a dit employer avec un grand succès cette teinture de fleurs. Voici, à l'égard de cette préparation, les renseignements que m'a fournis un pharmacien distingué de Genève, M. Suskind.

On cueille les fleurs avant leur épanouissement, par une belle matinée chaude et sèche, dans une prairie exposée aux rayons du soleil et qui, quoique humide, ne soit pas marécageuse ; on les pile sans délai et

on les soumet à la presse, enfermées dans un sac de toile. Le suc, de couleur brune obscure, a une odeur vireuse ; on le mêle *de suite* avec partie égale d'alcool très-fort ; après un mois de repos à la cave, on le filtre au papier Joseph.

M. Coindet trouve la dose d'alcool trop considérable et préfère les préparations dans lesquelles on emploie seulement une partie d'alcool pour deux de suc de fleurs. Il est certain que l'excès du véhicule a des inconvénients manifestes lorsqu'on met en usage le médicament dans des affections aiguës.

Il ne faut pas croire que ce soit la première fois que les avantages des fleurs de colchique sont signalés, et M. Kuhn, auquel nous devons une excellente thèse sur les *colchicacées*, rapporte qu'en 1823 le docteur Copland administra les fleurs mêmes du colchique, fraîches, les trouvant plus douces et plus efficaces encore que les semences, dans les cas de rhumatisme : elles ont été aussi employées par Frost, Bushell, sous forme de vinaigre et de teinture ; suivant ce dernier, elles guérissent non-seulement la goutte et le rhumatisme aigu, mais encore le rhumatisme chronique. Bushell ajoute qu'il a observé qu'elles ralentissaient les mouvements du cœur.

Malgré ces assertions, le bulbe et les semences sont les seules parties de la plante mentionnées dans nos traités de matière médicale et nos formulaires classiques. Nous venons nous élever contre cette proscription, et croyons rendre service aux praticiens en leur signalant une préparation non-seulement plus efficace que celles qui sont entre leurs mains, mais surtout d'une action plus uniforme. C'est la variabilité des préparations qu'on nous a fournies jusqu'ici qui s'est opposée à la vulgarisation de l'emploi du colchique, surtout dans les accidents variés qui sont sous la dépendance des diathèses goutteuses et rhumatismales.

Nous avons essayé la nouvelle teinture de fleurs de colchique avec succès dans plusieurs cas de névralgies rhumatismales rebelles et d'accès de goutte. Voici un fait observé dans le service de M. Aran, et qui ne laissera aucun doute dans l'esprit du lecteur sur la puissance plus grande de cette préparation.

Une femme de vingt-sept ans, Costard (Eugénie), marchande de lait, était depuis un mois et demi dans le service de M. Aran, à l'hôpital de la Pitié, pour un rhumatisme chronique avec fièvre et complication d'endopéricardite. L'état de cette malade était des plus fâcheux. Le rhumatisme passait continuellement d'une articulation à l'autre, et déjà plusieurs articulations des doigts et les poignets étaient en voie de déformation et d'ankylose incomplète. Pas de sommeil, à cause des douleurs ; un pouls toujours très-vif, variant entre 88 et 112 pulsa-

tions ; des palpitations de cœur au moindre mouvement, de la gêne dans la respiration, tels étaient les phénomènes persistants présentés par cette malade, phénomènes dont le début remontait déjà à deux mois avant son entrée à l'hôpital, et que M. Aran avait combattus sans grand succès par la liqueur sédative des deux médecins anglais (dont M. Aran a parlé dans son Mémoire sur la vératrine), par le nitre à haute dose, l'extrait d'aconit administré à dose croissante jusqu'à 25 centigrammes, la teinture de semences de colchique, l'opium et même par l'enveloppement dans le drap mouillé.

M. Aran m'ayant parlé un jour de cette malade, je lui remis une petite quantité de teinture de fleurs de colchique que j'avais à ma disposition. Ce cas me paraissait d'autant moins favorable que déjà la teinture de semences de colchique avait échoué. Le 17 décembre, la teinture de fleurs fut administrée d'abord deux fois par jour, à la dose de 8 et 10 gouttes, puis, à partir du 21, à la dose de 12 gouttes. Au moment où ce traitement fut commencé, la malade souffrait encore beaucoup de la main et du poignet droits, qui étaient fortement tuméfiés ; le poignet gauche était aussi en voie de tuméfaction ; pas de sommeil ; chaleur de la peau ; pouls à 100 ou 104. Chaque dose eut pour effet de calmer immédiatement les douleurs articulaires ; le gonflement disparut aussi rapidement, et après quatre jours de ce traitement, la malade, qui n'aurait pas pu se remuer dans son lit sans aide, se retournait, dans son sommeil, sans s'en apercevoir et au milieu d'une agitation assez vive causée par le médicament. Dès le 23 décembre, elle n'avait plus de douleurs ; seulement un peu de raideur et d'engourdissement ; le pouls était descendu à 92 ; la malade transpirait et urinait abondamment. Pendant seize jours, la teinture de fleurs de colchique fut continuée, et toujours avec le même résultat favorable pour les douleurs ; on ne l'interrompit que pour combattre les accidents cardiaques, qui devenaient de plus en plus menaçants, et dont la malade s'est rétablie momentanément, grâce à un traitement approprié.

Nous aurions voulu joindre un plus grand nombre d'essais comparatifs, afin de mieux mettre en relief la plus grande valeur de la nouvelle préparation, mais c'était laisser passer le moment où doit se faire la récolte des fleurs de colchique. Cette plante, on le sait, fleurit à l'automne. « *Colchicum autumni et gelu nuncia est* », dit Linné dans sa Philosophie botanique. Nous engageons donc nos confrères à prier les pharmaciens avec lesquels ils sont en rapport à leur préparer cette nouvelle teinture. Rien n'est plus simple, on l'a vu. Le colchique émaille en ce moment les prés de ses fleurs roses ; qu'on se mette à l'œuvre sans retard. Nous prenons l'engagement de leur faire part de

nos essais, afin de guider leur propre expérimentation. Nous avons partagé la petite provision que nous avons rapportée de Genève, et que nous devons à l'obligeance de M. Suskind, avec M. le professeur Forget, et notre savant collaborateur nous a promis de nous seconder dans cette étude. N'oublions pas d'ailleurs que la valeur thérapeutique des fleurs de colchique, outre les assertions des médecins anglais, s'offre à nous appuyée sur une longue expérimentation d'un thérapeutiste distingué, M. le docteur Coindet. Une remarque importante que nous a faite notre confrère est celle-ci : Dans les essais que l'on tente avec les agents thérapeutiques, on exige trop d'eux ; il semble que ce soit une panacée qu'on expérimente. Les maladies sont composées d'éléments variés, chacun d'eux réclame son moyen. Dans les névralgies de nature rhumatismale, par exemple, M. Coindet associe avec grand profit les extraits de belladone ou de jusquiame à la teinture hannemanienne de fleurs de colchique. Un praticien fort distingué de Lausanne, M. Percy, emploie le colchique principalement dans les cas de rhumatismes localisés dans la tête, et M. Recordon, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de l'asile des aveugles de la même ville, nous a dit que, à l'exemple des ophthalmologistes allemands, il avait recours au colchique, avec beaucoup de succès, dans les inflammations oculaires, la sclérotite en particulier. D.

UN MOT SUR LE MODE D'ADMINISTRATION DE LA VÉRATRINE DANS LES MALADIES FÉBRILES.

Plusieurs de nos confrères des départements nous ont demandé quelques éclaircissements relativement au meilleur mode d'administration à adopter dans l'emploi de la vératrine contre les maladies fébriles, et en particulier contre la pneumonie. Dans le Mémoire qu'il a publié sur ce sujet, notre collaborateur M. Aran a indiqué les principales règles à suivre pour ce traitement, et nous rappellerons que ses premières expériences ont été faites avec des pilules de 5 milligr. de vératrine, telles qu'elles ont été prescrites dans le rhumatisme articulaire aigu par M. Piédagnel et M. le professeur Trousseau. Mais M. Aran n'a pas tardé à reconnaître des inconvénients à ce mode d'administration. D'abord, beaucoup de malades répugnent à prendre des pilules; mais si les premières pilules sont bien supportées, il arrive un moment, celui qui correspond à l'établissement de l'état nauséeux ou des vomissements, où il devient extrêmement difficile de faire avaler aux malades de nouvelles pilules ; ou bien, lorsqu'elles sont avalées, elles sont quelquefois rendues par les vomissements, sans être attaquées.

La difficulté est bien autrement grande si les pilules produisent, comme cela arrive fort souvent, une sensation de brûlure le long de l'œsophage, dans le pharynx ou dans l'estomac. Alors il faut littéralement faire violence aux malades, et dans cette lutte les malades peuvent tromper aisément la personne qui leur administre les pilules, en les logeant entre la joue et les mâchoires, sauf à les cracher quelques instants après.

C'est pour remédier à ces inconvénients que M. Aran administre aujourd'hui la vératrine en potion, comme suit :

Pr. Vératrine. . . . . 5 centigr.

Faites dissoudre dans

Alcool. . . . . Q. S.

Ajoutez

Sirop de sucre. . . . . 50 gramm.

Mélangez exactement et ajoutez :

Eau distillée de fleurs d'oranger. 30 gramm.

Eau distillée. . . . . Q. S.

pour une potion de 150 gramm. — Chaque cuillerée de 15 gramm. contient 5 milligramm. de vératrine.

Cette potion, malgré son goût amer et un peu âcre, est avalée sans difficulté par les malades. La dose est d'une cuillerée toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production d'effets nauséeux ou de vomissement. Nous ne saurions trop le répéter, pour obtenir de la vératrine quelque résultat favorable, il faut en continuer l'action jusqu'à production d'un effet hyposthénisant marqué, qui se traduit par un abattement très-prononcé du pouls et de la respiration, par de la diminution dans la chaleur animale, etc. : ces effets coïncident, en général, avec la production de l'état nauséeux ou des vomissements. Une fois arrivé à ce point, on peut suspendre pour quelques heures l'administration de la vératrine, sauf à la reprendre dès que les phénomènes fébriles font mine de reparaître, ou si leur diminution n'est pas assez notable. Quant à l'action de la vératrine sur l'état fébrile, elle est tellement évidente, tellement constante, que nous ne doutons pas qu'elle ne soit bientôt vérifiée par tous nos confrères, à la condition, bien entendu, de continuer le médicament jusqu'à production de l'effet nauséeux ou des vomissements. On verra, du reste, par la publication de la seconde partie du travail de M. Aran, qui paraîtra dans un de nos prochains numéros, que ce n'est pas seulement dans la pneumonie, mais aussi dans un très-grand nombre de maladies fébriles que l'on peut obtenir, par la vératrine, la cessation momentanée ou définitive de l'état réactionnel qui porte le nom de fièvre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LES MOYENS DE RÉDUCTION DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

« *Redde Cæsari quod est Cæsaris.* » Dans la dernière séance de l'Académie impériale de médecine (30 août), cette maxime a été mise en pratique par M. Moreau, à l'occasion de la lecture d'un mémoire sur la rétroversion utérine, dans lequel l'auteur, M. le docteur Priou, de Nantes, présentait comme nouveau un procédé de réduction qui consiste à faire basculer le fond de la matrice à l'aide d'un gorgeret introduit dans le rectum. En réclamant la priorité de cette idée et son exécution par le docteur Evrat, l'honorable professeur a fait un acte d'autant plus méritoire qu'il est moins commun. En effet, de nos jours, on ne songe guère à la justice qui est due aux morts, à moins que, comme dans le cas présent, un lien d'une nature quelconque ne nous ait uni à eux et ne nous rappelle à l'occasion leurs mérites ou leurs travaux. La réclamation que je vous adresse, très-honoré confrère, n'a pas un mobile de cette espèce ; mes auteurs sont depuis longtemps dans la tombe, et je ne me connais avec eux d'autre rapport que l'honneur d'appartenir à la médecine lyonnaise, dont ils ont été les chefs distingués, je pourrais dire, pour l'un d'eux, une des gloires les plus belles (1).

Dans un excellent mémoire sur la rétroversion de la matrice, M. le docteur Martin le jeune, ancien chirurgien-major de l'hôpital de la Charité, rapporte une observation qui lui fut communiquée par le docteur Morel, chirurgien accoucheur distingué de Lyon. La malade qui en fait le sujet était soignée par MM. A. Petit, Cartier et Morel, réunis en consultation. « Il nous fut impossible, dit ce dernier, d'opérer la réduction de la matrice avec les doigts introduits dans le vagin et dans le rectum. Pensant que nos efforts seraient plus efficaces en employant un levier, nous fîmes tourner une tige de bois de Sainte-Luce, de neuf à dix pouces de longueur, un peu moins grosse que le petit doigt, terminée d'un côté par une espèce de manche assez épais pour assurer la main, et de l'autre par une flèche aplatie de huit lignes de largeur et présentant une pointe très-mousse. La malade étant placée sur les ge-

(1) Nous aurions profité de la discussion qui s'est produite à l'Académie pour jeter un coup d'œil sur la thérapeutique des rétroversions de l'utérus, si M. le docteur Garin, dont les travaux récents viennent jeter un nouveau jour sur cette maladie, ne nous avait annoncé l'envoi prochain d'un travail sur *la réduction du renversement en arrière de l'utérus*.

(*Note du rédacteur en chef.*)

noux et sur les mains, le bassin plus élevé que la poitrine, j'introduisis avec peine cette espèce de spatule dans le rectum ; l'obstacle qu'opposait la matrice déviée ayant été franchi, j'exerçai sur cet organe un mouvement de pression qui le restitua à l'instant même dans sa position normale. » Cette observation ne porte pas de date; néanmoins, elle peut en trouver une certaine dans celle de la mort de M. A. Petit, qui, comme on le sait, arriva en 1811.

Dans le même mémoire, le docteur Martin le jeune raconte que dans un cas à peu près analogue il porta dans le rectum une spatule à peu près semblable à celle qui a été décrite dans l'observation précédente, et à l'aide de laquelle il releva le fond de l'utérus ; puis, pour terminer, indiquant la conduite à tenir dans les cas de rétroversion de la matrice, l'auteur insiste sur ce procédé de la manière suivante : « Dans les cas d'une résistance trop grande, on emploiera une spatule en bois, ou même une cuiller de Rœderer, qu'on introduira dans le rectum et à l'aide de laquelle, à travers les parois de cet intestin, on agira avec plus de force pour relever le fond de la matrice rétroversée. »

Ainsi le moyen n'est pas aussi nouveau que l'avait cru M. Priou, et il est évident qu'il a été mis en usage par plusieurs chirurgiens distingués : j'en ai dit assez pour établir les droits de mes auteurs à la priorité de l'idée et de son application. Quant aux autres questions agitées par le docteur Priou ou par les orateurs de l'Académie qui ont pris la parole à l'occasion de sa lecture, et qui sont relatives à la position à donner à la malade, à l'introduction de la main tout entière dans le vagin ou dans le rectum, à la distension de la vessie ou du rectum, etc., elles ont été traitées avec beaucoup de soin dans le travail du docteur Martin le jeune, qui mérite certainement d'être plus connu (1).

J'ajouterai enfin que par une coïncidence assez singulière et malheureuse pour les doctrines de M. Priou, la Gazette médicale de Lyon du 31 août dernier rapporte l'histoire d'une rétroversion utérine pour la réduction de laquelle l'habile chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, le docteur Barrier, avait fait préparer une baguette garnie d'un tampon à son extrémité, comme le recommande M. Moreau pour opérer la réduction de la matrice dans le cas où elle n'aurait pas été possible par d'autres moyens. Mais notre honorable confrère ayant exécuté très-heureusement cette opération avec la main introduite en entier dans le rectum, la baguette ne fut pas nécessaire. La réduction se fit brusquement, comme l'avait déjà remarqué Martin le jeune dans le mémoire

(1) Mémoires de médecine et de chirurgie pratique, etc., par le docteur Martin le jeune.

que j'ai cité. Voici cette observation, recueillie par M. Bron, interne du service.

OBS. — *Rétroversion complète de l'utérus à quatre mois de grossesse.— Réduction à l'aide de la main introduite dans le rectum.— Guérison.* — Rosalie Chabaud, femme Ferre, âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ouvrière en soie, née à Anglefort (Ain), demeure à la Croix-Rousse. Mariée depuis dix-huit ans, elle a eu cinq enfants, dont le dernier a cinq ans. Trois vivent encore, qui se portent bien. Toutes ses couches ont été des plus heureuses. La présentation a toujours eu lieu par la tête. Pendant toutes ces gestations, la malade n'a éprouvé aucun malaise; elle dit, au contraire, avoir constamment pris de l'embonpoint. La matrice n'a jamais réveillé l'attention de cette femme, jamais elle ne s'est aperçue soit d'un abaissement, soit d'une variation dans la direction de la matrice; jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme qui pût dénoter soit un engorgement de l'utérus, soit un relâchement des ligaments; son bassin, du reste, est d'une conformation normale, dont les dimensions ne sont pas exagérées. Il y a une vingtaine de jours environ seulement qu'elle a éprouvé de fortes coliques et une gêne dans l'émission de l'urine. Ces douleurs ont succédé à une fatigue continuelle en lavant du linge et à quelques efforts qu'elle a faits dans la journée en le soulevant. Elle n'a reçu aucun coup ni éprouvé aucune émotion. Elle est enceinte de quatre mois et demi.

Tels sont les renseignements qu'elle donne, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin 1853. M. Socquet, dans le service duquel la malade est d'abord placée, dirige ses investigations du côté de la matrice et diagnostique une rétroversion. Il ne fait aucune tentative de réduction, et s'entend avec M. Barrier pour faire passer la malade dans son service, salle Saint-Paul, le 5 juillet 1853. Le ventre est ballonné, dur et de forme arrondie. Il existe en même temps des coliques violentes et des maux de reins très-forts. L'émission de l'urine est fréquente, souvent involontaire, et jamais abondante. Par la percussion, cependant, on trouve que la vessie est distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Le cathétérisme, du reste, justifie l'examen extérieur; on retire une quantité considérable d'urine, et dès ce moment il est pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures. Il y a de la constipation. Au toucher, on reconnaît d'abord, à l'entrée du vagin, un bourrelet muqueux de la grosseur d'une noix, qui n'est autre chose que la paroi postérieure du vagin dans un état de relâchement considérable. La paroi antérieure, au contraire, est lisse, tendue, et le méat urinaire est à 6 centimètres environ de profondeur. Le doigt sent une tumeur arrondie, élastique, d'une consistance médiocre mais uniforme, d'un volume tel, que tout le petit bassin paraît rempli par elle. En promenant le doigt à sa surface, on ne sent rien qui ressemble au col de l'utérus, dans quelque point qu'on le cherche. En avant, les doigts peuvent être portés derrière le pubis à une grande hauteur, mais ils sont gênés par la tumeur qui presse contre cet os; et ils ne peuvent pas arriver au cul-de-sac du vagin. Il est donc très-probable que le col de l'utérus est en avant. En touchant par le rectum, on sent que cet intestin est refoulé et aplati contre le sacrum par la tumeur qui remplit ainsi la face concave du sacrum. Par sa forme, son volume et sa consistance, elle présente les plus grands rapports avec les caractères

que doit avoir l'utérus à quatre mois de grossesse, et ne ressemble pas à une tumeur fibreuse.

M. Barrier diagnostique, comme M. Socquet, une rétroversion complète de la matrice. Le 7 juillet, en présence de ce médecin et de M. le docteur Garin, M. Barrier procède à la réduction. La malade est placée dans la position conseillée par Sabatier, de telle sorte que le bassin se trouve la partie la plus élevée; elle s'appuie antérieurement sur les coudes, et postérieurement sur les pieds, en même temps qu'elle est soutenue par deux aides. *Une baguette garnie d'un tampon à son extrémité* devait être l'instrument destiné à réduire l'utérus si la dilatation du sphincter de l'anus ne pouvait permettre l'introduction des doigts.

Le chirurgien en chef introduit progressivement *les dogits, puis la main entière dans le rectum* pour repousser en avant la tumeur formée par l'utérus. Mais la manœuvre étant gênée par des matières stercorales, celles-ci ont été extraites et la main réintroduite. Après quelques efforts la tumeur cède brusquement, et avec une telle violence, que M. Barrier a cru un moment à la perforation de l'intestin. Tout heureusement s'est trouvé normal, et cette détente subite a été le signal de la réduction. Le doigt introduit dans le vagin a rencontré dès ce moment le col utérin à une hauteur normale, ainsi que le méat urétral. Les douleurs ont disparu sur-le-champ, et il n'est resté à la malade qu'un extrême abattement.

Le 11, quelques coliques ont reparu. Les urines commencent à être évacuées sans le cathétérisme; la vessie ne se vide cependant pas complétement encore. La constipation persiste avec la même opiniâtreté qu'avant l'opération.— Purgatif à prendre demain matin.

Le 13, matières fécales abondantes. Depuis la purgation, la malade va sous elle involontairement.— Lavement : eau, 500 gram. ; alun, 8 gram.

Le 14, les lavements ne peuvent d'abord être supportés et ressortent immédiatement.

Le 15 et le 17, amélioration progressive du côté du rectum ; les lavements peuvent être gardés plus facilement. Coliques assez intenses. Etat général bon.

Le 18 et le 24, on suspend les lavements avec l'alun. Quelques coliques assez fortes et intermittentes se montrent encore de temps en temps. — Lavements laudanisés. Les urines et les fèces sont expulsées avec facilité sous l'influence de la volonté. L'état général s'est toujours maintenu bon.

Sortie le 27 juillet.

En signalant ce succès, je ne prétends pas en faire une arme contre les objections soulevées par M. Moreau contre l'introduction de la main entière dans le rectum ou dans le vagin; peut-être ici l'innocuité de cette introduction est-elle due à la délicatesse d'organisation de notre très-honorable confrère ; toutefois, il établit d'une façon péremptoire la possibilité du fait, sur laquelle M. Priou élevait des doutes.

GILLEBERT D'HERCOURT, D. M.
à Lyon.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CORPS ÉTRANGER. *Hameçon implanté dans l'intervalle compris entre les deux premiers métacarpiens. Extraction à l'aide de manœuvres particulières.* Les accidents de la nature de celui dont nous allons parler ne sont pas rares; il n'est pas de praticien qui n'ait eu quelque occasion d'être appelé pour extraire soit un hameçon comme dans ce cas-ci, soit un crochet à broder, ou tout autre corps analogue à pointes recourbées, introduit dans les chairs. Le caractère de ces faits est de ne se présenter presque jamais dans des conditions assez semblables pour qu'il soit possible de prévoir et de régler d'avance les manœuvres et les procédés les plus propres à faciliter l'extraction de ces corps. Tout est en quelque sorte laissé ici à l'imprévu et à l'initiative des chirurgiens.

C'est pour cela qu'il nous paraît utile, ne fût-ce qu'au point de vue de l'histoire de l'art, ou au moins pour inspirer des ressources dans des cas analogues, d'enregistrer, au fur et à mesure qu'ils se produisent, les faits de ce genre qui ont nécessité quelque manœuvre particulière. Tel est le suivant, qui a été communiqué par M. A. Thierry au Moniteur des hôpitaux, auquel nous l'empruntons.

Un jeune garçon de quinze ans s'était enfoncé dans l'intervalle du second et du troisième métacarpien de la main droite un des hameçons de ligne qui servent à la pêche du gros poisson. Une fois l'hameçon enfoncé, il s'agissait de le retirer; or, le crochet qui le terminait était un puissant obstacle à ce qu'on pût en débarrasser la main de l'enfant. Il fallait, pour dégager cette main, la faire traverser par l'hameçon dans le sens de la pointe du crochet. C'est ce qui fut fait. Mais celui-ci, après avoir traversé toute la largeur de la main, se trouvait encore ne pouvoir sortir, parce qu'une petite pelote, placée à son autre extrémité, faisait un nouvel obstacle qui nécessitait un débridement; et ce débridement de la main n'était pas sans inconvénient, vu surtout la grosseur de l'hameçon, dont la tige, d'à peu près quatre millimètres de diamètre, était un fort fil de fer trempé. Dans cette occurrence, le chirurgien fit fortement saisir les deux extrémités de l'hameçon par deux étaux à main, et essaya, pour le rompre, les diverses cisailles qu'il avait à sa disposition. La trempe du fer résista constamment. Il fallut alors avoir recours à une lime qui permit de diviser l'hameçon. Rien de plus facile ensuite que de le retirer de la main. (*Moniteur des hôpitaux*, août 1853.)

ERYSIPÈLE *du membre inférieur atteint d'anasarque, produit par des mouchetures; guérison par le collodion.* Tous les praticiens savent combien souvent les mouchetures pratiquées sur les membres atteints d'anasarque sont suivies d'effets fâcheux, tels qu'érysipèles, gangrène du membre. Aussi est-ce avec une grande circonspection qu'il faut pratiquer ces mouchetures; et encore n'est-on pas toujours assuré de prévenir cet accident, quelques précautions que l'on prenne : témoin le fait que nous allons rapporter.... Mais ce n'est pas là l'objet principal de cette note. Lorsqu'à la suite de ces mouchetures, l'érysipèle survient, quel est le meilleur moyen d'en arrêter les progrès et d'en obtenir la guérison? C'est là surtout ce que ce fait va nous apprendre.

Une jeune fille de vingt-deux ans, à la suite d'un refroidissement occasionné par la pluie, fut prise de violentes douleurs de reins, avec fièvre et un œdème envahissant presque tout le corps; les membres inférieurs surtout étaient le siége d'un gonflement et d'une tension des plus considérables et des plus douloureuses. Un médecin appelé auprès de la malade, le douzième jour de l'accident, se détermina, en raison de l'intensité de ces douleurs, à pratiquer aux jambes quelques mouchetures. Elles furent faites avec toute la prudence et la réserve possibles, car au lieu d'employer le bistouri ou la lancette, le médecin se servit d'une aiguille dont il promena la pointe sur toute la partie interne du membre, pratiquant ainsi une série de petites piqûres. Cependant, dès le lendemain, les petites plaies résultant des acupunctures s'enflammèrent, devinrent rouges et doulou-

reuses. Bientôt la rougeur s'étendant tout autour, envahit le membre inférieur gauche tout entier, qui devint ainsi le siége d'une vaste inflammation érysipélateuse. La malade fut portée dans cet état à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau. Indépendamment des moyens indiqués par la néphrite et l'albuminurie qui en était la conséquence (saignée, calomel, etc.), M. Trousseau prescrit d'étendre sur toute la longueur du membre érysipélateux plusieurs couches de collodion, de manière à lui former une botte imperméable, qui le recouvrît depuis l'extrémité des orteils jusqu'à la hanche. Voici la formule de collodion qui fut employée dans cette circonstance et que M. Trousseau conseille de préférence à toute autre :

Pr.	Collodion ordinaire	30 gram.
	Térébenthine de Venise	1,50 centig.
	Huile de ricin.	0,50 centig.

On étend cet enduit, à l'aide d'un pinceau de charpie, en plusieurs couches, que l'on applique sur la partie enflammée, et on laisse sécher.

Les résultats de cette application furent des plus heureux ; ils dépassèrent même les espérances de M. Trousseau, bien qu'il fût fondé, par des observations antérieures, à accorder une grande confiance à ce moyen. En effet, en moins de huit jours l'érysipèle avait complétement disparu.

Bien que ce ne soit là qu'un résultat connu d'une méthode qui tend heureusement à se populariser de plus en plus dans la pratique, nous avons cru devoir le signaler à l'attention de nos lecteurs, à raison de l'extrême gravité de l'espèce d'érysipèle à laquelle on avait affaire dans ce cas, et de la promptitude avec laquelle s'est dissipé un danger qui avait été jugé imminent. (*Union médicale*, août 1853.)

GLYCÉRINE (*De l'emploi topique de la*) *dans le traitement de certaines formes de maladies du larynx et de la trachée.* Comment se fait-il que l'idée de traiter topiquement les parties intérieures, les organes internes accessibles à nos moyens d'investigation, ne soit pas plus généralement mise en pratique ! Chose assez remarquable, ce sont les applications caustiques qui seules ont occupé les médecins et les chirurgiens, et on a très-peu songé aux moyens médicamenteux d'un autre genre; à porter, par exemple, sur les parties malades des émollients, des calmants, des narcotiques, des antispamodiques. Pour les maladies du larynx, personne, à notre connaissance, n'a touché le larynx et l'épiglotte avec d'autre agent médicamenteux qu'une solution de nitrate d'argent. Nous devons donc des félicitations à M. Alison (Scott) qui, ayant trouvé par expérience que l'azotate d'argent est trop stimulant dans quelques maladies aiguës du larynx, qu'il a l'inconvénient de diminuer les sécrétions déjà bien réduites par l'inflammation, qu'il a enfin le désavantage d'augmenter la congestion, a eu l'idée, tout en conservant le principe fécond du traitement topique, de faire usage d'autres substances médicamenteuses et en particulier des principes huileux.

Tout le monde connaît les avantages des applications huileuses sur les parties irritées, érodées ou enflammées de la surface du corps. M. Scott Alison pensa que, mis en contact avec la glotte et le larynx enflammés, les principes huileux lubrifieraient, humecteraient, ramolliraient et calmeraient enfin les parties malades. C'est avec l'huile d'olive qu'il fit sa première tentative ; après avoir trempé son éponge dans de l'eau tiède pour la ramollir, et l'avoir exprimée avec soin, il la chargea d'huile et la passa rapidement à travers la glotte d'un malade qu'il traitait pour une irritation du larynx. Cette opération fut d'une facilité extrême : le malade témoigna sa satisfaction du soulagement éprouvé par lui dans la gorge qui lui semblait ramollie et humectée; en outre, la sécheresse et le picotement qu'il y éprouvait avaient complétement disparu. Depuis cette époque, ce médecin n'a jamais rencontré un cas d'irritation des voies aériennes supérieures dans lequel il n'ait fait usage de ce moyen, et voici les résultats qu'il en a obtenus : disparition immédiate du sentiment du gêne, de picotement et de sécheresse vers la glotte, le larynx ou la trachée ; ce soulagement a duré rarement moins de deux jours; diminution de la force et de la fréquence de la toux, devenue plus facile et moins sèche ; amélioration de l'état de la voix qui, dans quelques cas de congestion récente avec sécheresse du larynx, a repris im-

médiatement son timbre et son caractère habituels. Chez quelques malades, la déglutition est aussi plus facile. Quant aux indications de ce moyen, elles sont très-nombreuses et embrassent plusieurs formes de maladies aiguës ou chroniques du larynx, locales ou associées à des maladies plus importantes des bronches, des poumons et du cœur. Les avantages en sont surtout très-marqués dans les cas nombreux de refroidissement, dans lesquels le larynx est surtout intéressé: raucité et perte partielle de la voix, gêne au-devant du cou et de la poitrine, toux plus ou moins fréquente. Cette pratique n'a, du reste, aucun inconvénient; tout au plus y a-t-il un sentiment ou une crainte de suffocation au moment où on abaisse la base de la langue pour faire pénétrer l'éponge dans la glotte au moment de l'inspiration.

A l'huile d'olive, M. Scott Alison a substitué dans ces derniers temps la glycérine; non pas qu'il y ait de grandes différences dans l'action de ces deux corps, mais parce que la glycérine a un goût sucré fort agréable, qui ne dégoûte pas les malades et n'occasionne pas d'envie de vomir; parce qu'elle donne aux parties malades une sensation de douceur, de moelleux, d'humidité, que ne produit pas l'huile d'olive. Enfin, M. Alison a employé aussi dans le même but une solution de gomme arabique à 1040°, soit seule, soit associée à l'huile ou à la glycérine, mais presque toujours avec addition d'un corps médicamenteux actif, tel que la morphine, l'atropine, la conicine. De ces derniers moyens, l'atropine paraît être celui qui lui a le mieux réussi. La dose est de 1/30 à 1/16 de grain de sulfate d'atropine, que l'on réduit en poudre fine et que l'on suspend dans le véhicule à porter sur le larynx. M. Alison cite le fait d'une femme affectée d'une sorte de toux hystérique, courte, bruyante et presque continuelle, avec un bruit de sifflement dans la glotte et une grande sensation de sécheresse. L'action topique de 1/30 de grain d'atropine calma beaucoup la toux. Une seconde dose de 1/16 de grain apporta un soulagement plus grand encore : pendant deux jours, la malade ne toussa que deux fois. L'opération fut pratiquée de nouveau avec la même dose : la malade fut complétement débarrassée de sa toux. L'atropine a malheureusement l'inconvénient d'être un poison très-actif et d'avoir un goût amer ; M. Alison pense donc que la glycérine est le moyen appelé à occuper la première place dans le traitement topique calmant et adoucissant des maladies du larynx et de la trachée. (*The medication of the larynx and trachea*, 1853.)

LARYNX (*De l'exercice de la voix dans le traitement des affections chroniques du*). Il a été longtemps et il est encore assez généralement admis en principe qu'un organe phlogosé ou altéré, n'importe de quelle manière, dans sa texture ou dans ses fonctions, doit être condamné au repos. C'est là un précepte beaucoup trop absolu et qui comporte de nombreuses exceptions ; ou, pour parler plus exactement, à côté du principe du repos, qui a ses motifs, ses indications, mais dans des limites beaucoup plus circonscrites que celles qu'on lui assigne habituellement, vient se placer un autre principe qui a aussi, à raison d'être dans des considérations pratiques et physiologiques non moins importantes ; nous voulons parler de l'utilité de l'exercice de l'organe malade, dans certaines conditions qu'il reste à déterminer. C'est au tact du praticien et surtout à l'expérience qu'il appartient de discerner les cas où il convient d'appliquer l'un ou l'autre de ces préceptes, qui semblent, au premier abord, se contredire. Les chirurgiens sont aujourd'hui, et avec raison , beaucoup moins sévères qu'autrefois sur la prescription du repos dans les lésions articulaires, et quelques-uns tirent même un très-utile parti des mouvements modérés imprimés aux articulations, soit pour en prévenir l'ankylose, soit même pour hâter le retour des fonctions du membre. On sait avec quel avantage on a substitué de nos jours, à l'ancien mode de traitement des ulcères des jambes, le pansement avec les bandelettes agglutinatives, qui permet la déambulation. Ces exemples, que nous pourrions multiplier, ont inspiré à M. Trousseau une modification, que nous croyons heureuse, dans le traitement de certaines affections du larynx. Les affections du larynx étaient, jusqu'ici, du nombre de celles où l'on considérait comme le plus utile le repos absolu de l'organe dans toutes les périodes de la ma-

ladie. M. Trousseau s'élève vivement contre cette manière de faire; les considérations et les faits sur lesquels il s'appuie pour rompre avec un précepte si généralement admis sont trop intéressants pour que nous ne nous empressions pas de les reproduire ici.

M. Trousseau, disons-nous, fait parler ses malades atteints d'affections laryngées. Mais il les fait parler d'une certaine façon ; il les soumet à une véritable gymnastique de la voix et de la parole. C'est cette gymnastique particulière, ce *modus faciendi*, qu'il importe de connaître et dont il est utile surtout d'apprécier les résultats.

Quand on parle à demi-voix, dit M. Trousseau, on a tout lieu d'être surpris de la fatigue extrême que l'on éprouve. Bon nombre d'ecclésiastiques qui avaient perdu leur voix dans l'exercice de leur ministère lui ont déclaré que ce qu'il y avait de plus pénible pour eux, c'était le confessionnal, et que l'obligation où ils étaient alors de parler à demi-voix fatiguait plus leur larynx que la prédication dans une grande église. Lors donc qu'il veut faire faire des exercices de voix, il recommande bien aux malades de ne point parler à voix basse. Pendant quatre à cinq mois au moins, cinq à six fois par jour, et chaque jour, ils devront ouvrir un livre et lire lentement et à haute voix, en ayant soin, à chaque reprise de la respiration, d'attirer dans leur poitrine autant d'air que leurs poumons peuvent en contenir. Ainsi on leur fait faire des inspirations profondes, et émettre ensuite plusieurs sons successifs en articulant nettement et prenant bien garde surtout d'éviter les notes de tête. Si, après cinq à six mois de cette gymnastique vocale, il reste, dans la voix du malade, des notes toujours fausses et voilées, on le soumet à un exercice particulier.

Cet exercice consiste à faire pousser aux malades de véritables vociférations, par l'artifice suivant : le malade commence par prendre dans sa poitrine toute la quantité d'air que ses poumons peuvent contenir ; puis il doit d'un seul coup, et dans l'espace de temps le plus court possible, émettre un son bref, énergique, en rendant toute cette quantité d'air. Cet exercice vocal, qui paraît étrange au premier abord, est, suivant M. Trousseau, le moyen le plus puissant de restaurer une voix perdue. Il est parvenu, de cette manière, à rendre la voix à un grand nombre d'individus aphones depuis plusieurs années ; mais il a soin de faire observer que ces personnes, au moment où il a commencé à les traiter, n'avaient plus ou presque plus d'altération du larynx. Il leur restait seulement une aphonie résultant du repos prolongé de l'organe vocal. (*Union médicale*, août 1853.)

NOIX VOMIQUE (*Extrait aqueux de*). *Son emploi dans les gastralgies et les gastro-entéralgies.* Nous avions lu, à l'époque où elle fut faite, la communication de M. Legrand à l'Académie des sciences sur ce sujet. Nous avions cru devoir nous abstenir de la mentionner, parce qu'elle ne nous avait pas paru offrir les garanties suffisantes contre les causes de méprise ou d'erreur qu'exigeait l'énoncé d'un fait aussi extraordinaire et aussi contraire à tout ce que l'on sait jusqu'ici de la noix vomique. Mais, du moment où presque tous les journaux de médecine ont reproduit à l'envi la note de M. Legrand, sans commentaire, nous nous croyons obligé de rompre le silence que nous nous étions d'abord imposé, parce que le rôle de la presse, à nos yeux, ne doit pas se borner seulement à signaler les inventions ou les perfectionnements qui sont introduits journellement dans la science, mais il consiste également à prémunir les praticiens contre les dangers des déductions qu'on se croirait autorisé à tirer d'une expérience qui aurait manqué des conditions rigoureuses seules capables de légitimer des conclusions.

D'après la note insérée dans les comptes-rendus de l'Académie des sciences et reproduite par un grand nombre de journaux, M. Legrand aurait fait sur lui-même l'expérience suivante : il aurait commencé par prendre 0,05 centigrammes d'extrait aqueux de noix vomique, et il aurait chaque jour augmenté la dose de 0,05 centigrammes, de manière à arriver ainsi progressivement, dans un intervalle de dix-neuf jours, jusqu'à en prendre 0,40, 0,50 et enfin 0,75 centigrammes.

De ces expériences, l'auteur s'est cru autorisé à conclure :

1° Que l'extrait aqueux de noix

vomique exerce une action généralement favorable sur les fonctions digestives ;

2° Qu'on n'a jamais à en redouter aucun fâcheux effet si l'on ne dépasse pas les doses de 0,05 à 0,10 centigr. matin et soir ;

3° Que les effets toxiques ne commencent à se manifester qu'à la dose de 0,50 centigr., et qu'ils ne sont bien prononcés que si on élève la dose à 0,75 centigr.;

4° Que ces effets toxiques sont très-fugaces, se dissipent avec la plus grande facilité, et que l'économie s'habitue facilement à ce médicament ;

5° Que ce n'est point *un médicament dangereux*, dans l'acception rigoureuse du mot, etc.

Si nous reproduisons ces conclusions, c'est pour protester contre elles et pour prévenir les abus et les malheurs qui pourraient arriver à ceux qui les prendraient au pied de la lettre. A moins que M. Legrand ne soit doué d'une de ces immunités dont on n'a vu que peu d'exemples depuis Mithridate, on ne saurait admettre qu'il ait pu prendre impunément en une seule fois *soixante et quinze centigrammes d'extrait aqueux de noix vomique*. Non pas que nous prétendions nier la réalité du fait matériel en lui-même et que nous suspections le moins du monde la véracité de M. Legrand; mais, pour tous ceux qui connaissent l'action de cette substance, il sera évident que M. Legrand aura pris une préparation mal faite et qui ne contenait pas en réalité la quantité de noix vomique qu'il croit avoir ingérée. S'il en est ainsi, comme tout porte à le croire, qu'arriverait-il si, sur la foi de cette expérience, un praticien venait à administrer graduellement et par doses accumulées à un malade la quantité *réelle* de noix vomique que M. Legrand dit avoir impunément avalée? — C'était sur cette conséquence possible que nous voulions surtout appeler l'attention de nos lecteurs.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (*De la valeur de la méthode expectante dans le traitement du*). A la lecture de certains travaux, il est impossible de se défendre d'une réflexion affligeante. Est-il donc écrit que l'esprit humain roulera toujours dans le même cercle, suivra toujours la même ornière? A peine a-t-on réfuté une erreur, qu'une autre surgit et, s'appuyant sur quelques faits mal observés, menace de faire mettre en oubli tout ce qu'il y a de mieux établi, de mieux prouvé dans la science. Nous croyions en avoir fini avec cette prétendue médecine expectante, cette négation hypocrite du progrès, cette méditation sur la mort, pour nous servir du mot d'Asclépiade. La voici qui reparaît sur l'horizon, pour la pneumonie d'abord, pour le rhumatisme articulaire ensuite. L'occasion reviendra de parler de ces tentatives faites dans les hôpitaux de Paris, dans lesquelles la pneumonie a été abandonnée à elle-même et la maladie a guéri spontanément. Les médecins qui se sont livrés à ces expériences, comme moyen de prouver l'inanité de l'homœopathie, rapportant tant de faits de guérison dans cette dernière affection, n'ont pas réfléchi sans doute qu'en médecine il y a trois choses à ne pas perdre de vue, le *citò*, le *tutò* et le *jucundè*. Si une seule de ces conditions fait défaut, une méthode de traitement est jugée, alors surtout qu'il est possible de lui en substituer une autre qui la remplacera. Quant à la possibilité de la terminaison spontanée, même des maladies les plus graves, la chose ne saurait être douteuse. Le tout est de faire comprendre à des hommes de bon sens qu'il vaut mieux se croiser les bras et attendre les événements que les prévenir. Que si parmi les malades traités de cette manière il en est mort un seul, nous ne pouvons nous défendre d'être effrayé de la responsabilité morale énorme qu'entraîne un pareil accident pour ceux qui se sont permis des tentatives de ce genre.

Tout à l'heure, c'était la pneumonie qu'on proposait sérieusement d'abandonner à elle-même, maintenant c'est le rhumatisme articulaire aigu. Un médecin de l'hôpital militaire d'Anvers, M. Gouzée, emploie depuis fort longtemps, dit-il, une simple médecine expectante contre cette maladie, et il ne se passe pas d'année qu'il n'ait lieu, ajoute-t-il, de s'étonner de la facilité et de la promptitude des guérisons, en songeant aux peines que d'autres se donnent pour arriver aux mêmes résultats, si toutefois ils y arrivent. C'est ce traitement que M. Dewalsche a fait connaître dans les Archives belges de médecine militaire et dont il élève jusqu'aux nues les effets merveilleux. Que veut-on

de plus que les conclusions de ce mémoire? « 1° Le rhumatisme articulaire aigu a une tendance naturelle à se terminer dans le cours du 1er ou du 2me septénaire. 2° Traité par l'expectation, aidé de quelques moyens simples, hygiéniques, diététiques, il poursuit sa marche, sans accidents et sans danger, et il s'arrête aussi tôt, sinon plus tôt, que lorsqu'il est traité par des médications actives. 3° Il n'est nullement prouvé que les traitements actifs, préconisés contre cette maladie, soient utiles et même toujours innocents. 4° Les bruits de souffle du cœur, que l'on observe assez fréquemment pendant le cours du rhumatisme, se dissipent spontanément dans la grande majorité des cas, à mesure que la maladie marche vers sa solution et sous l'influence des simples moyens qu'on lui oppose. »

Autant de conclusions, autant d'erreurs ou de paradoxes. De deux choses l'une : ou le rhumatisme articulaire aigu est la même affection dans notre pays que sous le climat d'Anvers, ou c'est une affection différente. Dans ce dernier cas, nous n'avons rien à ajouter; mais si au contraire c'est la même maladie, que penser d'un mémoire dans lequel on affirme la terminaison spontanée du rhumatisme articulaire aigu du 1er au 2me septénaire, lorsque les expériences faites depuis longtemps la fixent pour les cas moyens du 2e au 3e septénaire, et pour les cas graves du 4e au 5e septénaire? Nous-même nous avons eu dans notre jeunesse un rhumatisme articulaire aigu, qui, abandonné à peu près à lui-même, nous a retenu 28 jours au lit, c'est-à-dire 4 septénaires bien comptés. Quoi! le rhumatisme articulaire aigu poursuit sa marche *sans accidents* et *sans danger!* Mais vous n'avez donc jamais vu de péricardite, ni d'endocardite, ni de pleurésie? car sans cela vous n'oseriez pas dire que la terminaison s'en fait sans danger. Vous ne connaissez donc pas ces faits d'apoplexie et de mort subite, qui se produisent quelquefois dans le rhumatisme, au moment où on s'y attend le moins? Peut-être y a-t-il, dans les bruits de souffle qu'on observe pendant le cours du rhumatisme, une distinction à établir suivant qu'ils appartiennent ou non à l'endocardite; mais quant à la persistance de ceux d'origine endocarditique, le fait n'est malheureusement que trop clair, et la moitié au moins des altérations organiques reconnaissent pour point de départ une atteinte de rhumatisme articulaire aigu : voilà quelque chose de plus sérieux pour établir la gravité du rhumatisme que les *six faits* rapportés par M. Dewalsche à l'appui de la thèse qu'il défend.

Mais ce qu'il y a de plus curieux dans ce prétendu traitement expectant, c'est qu'au repos au lit, à la diète, aux boissons délayantes, M. Goazée ajoute des bains locaux une ou deux fois par jour, pendant une ou deux heures, dans des baignoires *ad hoc*, remplies d'eau tiède, et surtout, pour les membres supérieurs, des cataplasmes et de l'ouate; et, qui le croirait? l'administration, vers la fin du rhumatisme, de toniques amers, d'une décoction de quinquina, d'une solution de quelques centigrammes de sulfate de quinine, pour rendre, dit-il, la guérison plus prompte et plus complète et empêcher les rechutes. Nous nous arrêtons là, croyant avoir fait bonne justice d'une erreur vraiment dangereuse pour les malades. Non, le rhumatisme articulaire aigu ne se termine pas généralement du 1er au 2me septénaire; non, il ne se termine pas toujours de lui-même; non, il ne suit pas toujours sa marche sans accidents et sans danger; enfin, rien ne prouve, dans les faits que vous rapportez, que les traitements actifs préconisés contre cette maladie soient inutiles et même dangereux. (*Arch. Belg. de méd. milit.* et *Revue méd.-chir.*, août.)

SPÉCULUM INTRA-UTÉRIN *et stylets à cautériser la cavité du col de l'utérus*. Dans notre numéro du 15 juillet dernier (p. 41), nous avons rapporté l'histoire d'une malade à laquelle M. Jobert avait pratiqué des cautérisations intra-utérines pour obtenir la guérison d'une névralgie rebelle de l'utérus, compliquée de métrorrhagie. M. Jobert se servit alors, à défaut d'un instrument spécial, d'un mandrin de sonde rougi à blanc, introduit à travers l'orifice externe du col utérin à l'aide d'un spéculum plein ordinaire. M. Jobert a eu l'idée depuis, et à l'occasion de ce fait, de faire confectionner un petit spéculum qui servirait à la fois pour explorer l'intérieur de la cavité du col utérin et pour porter sur cette partie le fer rouge, ou tout autre agent topique,

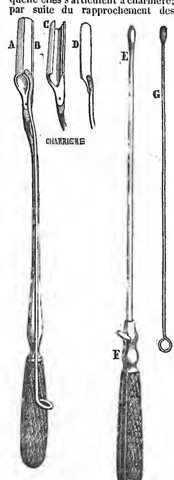
dont il importe de limiter l'action de manière à en garantir les parties saines voisines.

Ce spéculum consiste dans un cylindre creux A B, qui, muni de son embout G, représente très-bien un spéculum plein ordinaire, mais réduit à des dimensions qui lui permettent de pénétrer à travers l'orifice du museau de tanche, préalablement mis à découvert dans le champ d'un autre spéculum. — Afin de pouvoir être manœuvré facilement, il est supporté par un manche suffisamment long (fig. A B). Ce spéculum est segmenté de manière à ce que, d'un cylindre A B il puisse être transformé à volonté en une gouttière C.

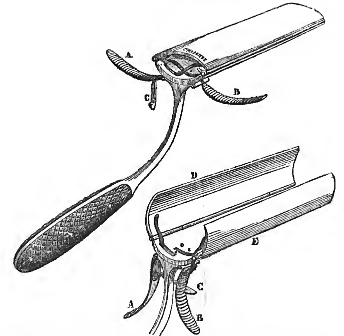
L'instrument une fois introduit, on retire, à l'aide d'un manche spécial, la portion mobile de la paroi du cylindre D, qui glisse dans une rainure pratiquée dans la portion fixe C. On conçoit aisément l'utilité de cette segmentation pour explorer successivement toutes les parois de la cavité cervico-utérine, de la même façon que l'on explore les parois du vagin en enlevant une des valves d'un spéculum à trois ou quatre valves. Un cautère olivaire, d'un diamètre en rapport avec celui du spéculum, peut être porté jusque dans l'intérieur de la matrice sans atteindre les parois de la cavité du col alors qu'elles doivent être ménagées, ou, au gré de l'opérateur, n'agir que sur un point déterminé de ces mêmes parois, quand, après avoir enlevé la lame mobile D, il n'a plus laissé dans l'utérus que la gouttière C.

M. Jobert a eu deux fois l'occasion de faire usage de cet instrument. Dans les deux cas, assez peu différents l'un de l'autre, il existait des ulcérations développées dans l'intérieur même de la cavité du col, avec granulations fongueuses sécrétant du pus et donnant lieu à de fréquentes hémorrhagies. Dans l'un de ces cas, la guérison a été obtenue après trois cautérisations. La seconde malade est en voie de guérison.

Enfin, M. Jobert a imaginé, pour la recherche et l'exploration du museau de tanche, et pour faciliter l'introduction de ce petit spéculum du col utérin, une gouttière trivalve (fig. 2). Cette gouttière fermée offre une épaisseur très-peu considérable qui permet de l'introduire sans difficulté en la présentant dans le sens de l'ouverture vulvaire. Quand elle est dans le vagin, il suffit de rapprocher l'une de l'autre les branches A B pour relever les deux valves latérales D et E, qui étaient couchées sur la valve postérieure, avec laquelle elles s'articulent à charnière; par suite du rapprochement des



branches A et B, un ressort C entrant spontanément en jeu maintient les lames relevées : de telle sorte qu'avec cette gouttière ainsi constituée (fig. 2), le chirurgien peut explorer en même temps le col utérin et toute la cloison vésico-vaginale, et opérer librement sur ces parties.



Aussi cet instrument est-il spécialement utile pour les cas de fistule vésico-vaginale. (*Gaz. des hôpitaux*, août 1853.)

TEREBENTHINE (*huile essentielle de*), *ses bons effets dans les cas d'hémoptysie.* Le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà appelé l'attention de ses lecteurs sur les bons effets, tant contre les flux muqueux que contre les hémorrhagies elles-mêmes, de l'huile essentielle de térébenthine, ce médicament si usité par les anciens, en grand honneur aujourd'hui en Angleterre et en Amérique et très à tort négligé de nos jours en France. Nous avons plusieurs fois emprunté aux journaux anglais des relations de faits où les propriétés hémostatiques de cet agent étaient péremptoirement démontrées; c'est à un praticien allemand que nous empruntons aujourd'hui un nouvel exemple de son efficacité dans l'une des hémorrhagies les plus graves, l'hémoptysie. M. le docteur Lange, de Kœnigsberg, ayant remarqué les bons effets de l'huile de terebenthine associée au baume de copahu, dans les affections catarrhales des poumons et dans les cas de dilatation des bronches, sans qu'il en résultât aucune irritation, a eu l'idée d'en essayer l'emploi contre les crachements de sang des phthisiques. Sur sept cas, l'huile de térébenthine lui a réussi cinq fois.

Le premier cas concerne un jeune homme de dix-neuf ans, affecté de tubercules et de cavernes, qui fut pris d'hémoptysies opiniâtres se renouvelant tous les jours ou tous les deux jours. L'ergotine, l'acétate de plomb, la digitale, le tannin, n'avaient agi que temporairement; le sel de cuisine lui-même qu'imparfaitement. L'huile de térebenthine fut donnée à la dose de 15 gouttes, quatre fois par jour; déjà au bout de vingt-quatre heures l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître, même lorsqu'on eut, au bout de quinze jours, cessé l'emploi du médicament; la maladie suivit son cours ordinaire et se termina par la mort, mais sans qu'il y eût aucun accès violent de toux ou de fièvre.

Ce médicament n'excitant, d'après M. Lange, généralement aucun

dégoût, il le fait prendre pur ou dans du lait, et le donne jusqu'à la dose de 30 gouttes, toutes les deux heures. Il l'a aussi employé avec succès contre des hémoptysies rebelles, sur des sujets non atteints de phthisie. (*Deutsche klinik* et *Gas. méd.*, août 1853.)

VARIÉTÉS.

SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES LYCÉES.

Les propositions d'amélioration dans le régime alimentaire des lycées, contenues dans le rapport suivant, dû à une Commission composée de MM. les docteurs Alibert, Gillette et Levraud, médecins des lycées de Paris, et de M. le professeur Bérard, *rapporteur*, nous engagent à mettre la plus grande partie de ce travail sous les yeux de nos confrères. Nul doute que le nouveau décret du ministère ne tardera pas à devenir un régulateur pour le régime alimentaire de toutes les maisons d'éducation. Bon nombre de médecins sont donc intéressés à posséder ces documents.

Vous n'avez négligé, monsieur le Ministre, aucun des moyens par lesquels l'éducation peut modifier, améliorer la nature de l'homme L'alimentation tient une place importante parmi ces modificateurs. Si, chez l'adulte, les effets d'une alimentation insuffisante peuvent être temporaires, comme leur cause, il n'en est plus de même chez les enfants; ceux-ci conserveront toute leur vie les traces d'un développement imparfait. C'est que, dans les premières années, l'aliment ne doit pas servir seulement à l'entretien, mais encore à l'accroissement du corps. L'alimentation insuffisante est d'autant plus dangereuse, que, d'ordinaire, ses effets sont méconnus; ce n'est pas précisément un état maladif qu'elle occasionne, mais le corps n'arrive pas aux proportions qu'une meilleure hygiène lui eût permis d'atteindre, l'intelligence sera servie désormais par des organes débiles et peu capables de lui prêter leur concours.

La Commission s'est efforcée de répondre aux vues de M. le Ministre. Je ferai connaître successivement les résultats de nos enquêtes sur la viande, le bouillon, le pain, le vin et les aliments maigres servis aux élèves des lycées.

On ne pourrait remplacer la viande, dans le régime alimentaire de l'homme, que par l'emploi d'une énorme quantité de substances végétales et par l'usage excessif, et dès lors nuisible, des œufs, du laitage et de ses préparations. Il était donc important de rechercher si la viande entrait en proportion convenable dans les repas des élèves des lycées. Après avoir tenu compte de l'aspect, de l'odeur et de la saveur de l'aliment, toutes choses qui ne sont pas sans influence sur la manière dont il est accepté par l'estomac, nous avons fait mettre dans la balance dix morceaux de viande destinés à une table de dix élèves du petit collége. Nous en avons pris exactement le poids. Nous avons répété l'opération pour le grand et le moyen collége. Nous avons aussi fait mettre dans la balance quelques parts destinées aux maîtres. Voici les résultats que nous avons obtenus : pour dix élèves du petit collége, la moyenne de viande servie au dîner a été de 330 grammes, ce qui réduit à 33 grammes la part attribuée à chaque élève, dans cette section. Le chiffre, pour les dix élèves, s'est élevé quelquefois à

350 grammes, ce que nous avons observé deux fois au lycée Louis-le-Grand. Dans d'autres cas, il est descendu à 300 grammes, ce que nous avons constaté deux fois au lycée Napoléon. La quantité de viande distribuée au repas du soir n'est ni plus ni moins considérable que celle qui a été servie au dîner; soient donc 66 grammes ou 2 onces de viande environ pour la journée d'un élève du petit collége. A cela il est ajouté, pour le dîner, un plat de légumes, et, pour le souper, une part de confitures ou de marmelade, ou de fromage ou de salade.

Venons aux élèves du grand collége. Le poids des dix parts préparées pour une table a oscillé entre 5 et 600 grammes. Le maximum a été observé encore au lycée Louis-le-Grand, et le minimum au lycée Napoléon. Prenons le chiffre de 350 grammes, ce qui donnera 55 grammes de viande pour le dîner d'un élève du grand collége, ou 110 grammes par jour, en tenant compte du souper.

Enfin, dix élèves du moyen collége reçoivent environ 450 grammes de viande pour un repas, ce qui donne 45 grammes par tête et 90 grammes pour la journée.

Il se présente ici une question importante et que nous devons essayer de résoudre. La viande entre-t-elle en quantité suffisante dans le régime des élèves des lycées, lorsqu'elle s'y trouve à la dose de 66 grammes par jour pour les élèves de neuf à douze ans, à la dose de 90 grammes pour les élèves de douze à quinze ans, et de 110 grammes pour les élèves de quinze à dix-sept ou dix-huit ans?

Sur la quantité et la nature des aliments nécessaires pour entretenir le jeu régulier des fonctions, la science moderne a formulé ses vues; l'empirisme avait depuis longtemps mis les siennes en pratique, et, chose qui vaut la peine qu'on la signale, la pratique et les idées spéculatives ne sont pas trop en désaccord.

La science nous apprend que pendant cet ensemble d'actes que nous nommons *vie*, pendant que l'animal respire, pendant qu'il se nourrit, qu'il entretient sa température, qu'il se meut et qu'il sent, il y a de la matière organique détruite. La science recueille, elle analyse, elle pèse les produits de cette décomposition du corps, que le poumon et d'autres agents d'excrétion éliminent à chaque instant; et elle déduit enfin, de cet examen, quelles doivent être la *nature* et la *quantité* des aliments destinés à réparer ces pertes. Or, ce que la science conseille, l'instinct de l'homme le demande, et la pratique l'avait depuis longtemps réalisé, soit dans la fixation de la ration d'entretien du soldat français, comme l'a fait observer quelque part M. Dumas, soit dans le régime alimentaire de certains établissements, parmi lesquels celui d'Alfort mérite d'être cité avec éloge. A la vérité, il s'agit d'adultes et dans les calculs des physiologistes et dans les exemples que j'ai choisis; mais les différences que je vais signaler entre le régime alimentaire d'Alfort et celui des lycées paraîtront peut-être à M. le Ministre hors de proportion avec la différence d'âge des élèves de ces établissements. Voici, d'après les documents exacts que j'ai puisés près du directeur de l'École, le régime des élèves d'Alfort. Il est affecté à chacun d'eux, pour les jours gras :

Au déjeuner	187 gr. 50
Au dîner.	312 50

en tout, 500 grammes de viande de boucherie, fraîche et non désossée. Cette viande a perdu, après l'enlèvement des os, 125 grammes; après la cuisson, 125 grammes encore; restent 250 grammes de viande cuite et désossée. Un potage, un plat de légumes et une salade complètent le dîner, qui se trouve composé, comme on le voit, de trois plats au lieu de deux qui sont servis dans les lycées. L'école dépense, dans les années ordinaires, 90 centimes par jour et par élève pour le maintien de ce régime, qui a la plus heureuse influence sur la santé et la vigueur des élèves.

Revenons à la comparaison de la quantité de viande accordée aux élèves des lycées et à ceux d'Alfort. Les élèves du petit collége reçoivent 66 grammes par jour, ceux du moyen collége 90 grammes, ceux du grand collége 110 grammes, ceux d'Alfort 250 grammes. Ainsi, il est servi à ces derniers près de quatre fois autant de viande qu'aux élèves du petit collége, près de trois fois autant qu'aux élèves du grand collége!

Les élèves de l'École normale reçoivent, pour un jour, de 220 à 230 grammes de viande cuite.

Enfin, les enfants traités dans l'un de nos hôpitaux obtiennent, dès qu'ils sont entrés en pleine convalescence, une part de viande cuite pesant 140 grammes.

Ces faits ne nous portent-ils pas à craindre qu'il n'y ait une légère insuffisance dans cette partie si importante de l'alimentation des élèves des lycées? Je ne voudrais pas abuser des arguments scientifiques dans l'examen d'une question qu'une mère de famille résoudrait mieux peut-être qu'un professeur de physiologie; mais il est une considération qui me frappe et que je ne puis passer sous silence.

Parmi les produits que l'économie élimine incessamment, il en est un, l'*urée*, qui indique plus particulièrement la proportion de matière azotée détruite par le mouvement de la vie, et qui doit être renouvelée sous peine de dépérissement du corps.

Des expériences rigoureuses ont démontré que si, dans une période de douze jours, un homme de vingt ans élimine 334 grammes d'*urée*, un enfant de huit ans, bien portant et bien nourri, en éliminera 770 grammes environ dans le même espace de temps. La proportion est comme 1 est à 2, et il s'agit d'enfants âgés de huit ans seulement, comparés à des hommes de vingt ans. L'induction nous enseigne qu'il ne serait pas sans inconvénient de s'éloigner par trop de cette proportion dans la répartition de la viande aux élèves des lycées, puisque la viande contient la plus grande partie de l'azote des aliments qui leur sont offerts. Il ne faut pas perdre de vue que la nourriture des enfants n'est pas employée seulement à l'entretien, mais encore à l'accroissement du corps.

Nous avons l'honneur de proposer à M. le Ministre d'adopter pour la distribution de la viande les chiffres suivants:

Pour le grand collége, 65 grammes par tête et par repas;

Pour le moyen collége, 55 grammes;

Pour le petit collége, 45 grammes.

La qualité de la viande introduite dans les lycées n'a donné lieu à aucune remarque critique. Elle est livrée aux trois lycées au prix de 112 fr. les 100 kilogrammes, par suite d'une adjudication consentie par le Conseil académique.

L'apprêt des viandes servies dans les lycées a particulièrement attiré l'at-

tention de la Commission. L'examen des menus nous a fait voir que le bœuf bouilli figurait jusqu'à cinq fois, sur un bon nombre de feuilles, dans les dîners d'une seule semaine. Un même aliment, fût-il des plus savoureux et des plus réparateurs, entrant cinq fois sur sept dans la composition du dîner, finirait par être reçu avec répugnance. Il n'est pas vraisemblable que le bouilli jouisse de quelque privilége à cet égard. Cet aliment n'est pas tenu en grande faveur près des enfants en général, et des lycéens en particulier, et nous sommes forcés de convenir que 33 à 35 grammes d'une viande peu sapide, épuisée en partie par la décoction dans l'eau, accompagnés de pommes de terre à la sauce, reconfortent médiocrement les enfants de neuf à douze ans. Mais, dira-t-on, le bœuf bouilli a pour compensation la soupe grasse, à la préparation de laquelle le bœuf a été employé. Nous allons bientôt nous expliquer sur la valeur de cette compensation, que nous tenons pour insuffisante. La Commission pense qu'il conviendrait de substituer, une ou deux fois par semaine, à la soupe grasse et au bouilli un dîner composé d'un potage maigre (il y en a de réparateurs : tels sont les potages à la purée, au riz, etc., etc.) et de viande rôtie ou grillée. Cela serait certainement reçu avec plus de plaisir et plus profitablement digéré par les élèves. Le pot-au-feu resterait de fondation les dimanches, jeudis et mardis, puisque ces jours-là il est ajouté un second plat de viande au bouilli. La soupe grasse et le bouilli pourraient être admis une quatrième fois, mais jamais une cinquième, dans le courant d'une seule semaine.

J'ai dit que nous donnerions notre avis sur les bouillons des lycées. La saveur de ce bouillon n'est pas désagréable, mais il est très-faible. Il n'a point cette odeur réjouissante du bouillon de ménage; et à peine voit-on à sa surface quelques-unes de ces bulles arrondies qui indiquent la présence de la matière grasse. Nous savons que les gourmets font enlever l'excès de cette matière grasse sur ces consommés généreux pour la préparation desquels on n'a épargné ni la viande ni le temps; mais nous savons aussi qu'il peut y avoir des inconvénients à diminuer par trop la proportion de ce principe dans l'alimentation. Il y a de la matière grasse présente partout où il s'accomplit chez les animaux quelque phénomène organique. La nature la prodigue dans le lait, ce premier aliment des mammifères ; dans l'œuf, aux dépens duquel l'oiseau se développe. De tous les aliments que la respiration consume pour produire de la chaleur, les matières grasses sont les plus utiles.

Une dernière considération se rattache à l'apprêt des viandes, et elle nous paraît très-importante. Sans rien perdre de sa gravité, la science peut formuler quelques règles sur la préparation du rôti. Ce n'est pas du rôti qui est servi sous ce nom dans les réfectoires des lycées. Dans le véritable rôti, le rôti cuit à la broche et à l'air libre, l'action du feu a saisi la surface de la viande. Elle y a coagulé l'albumine et quelques sucs, de manière à y faire naître une sorte de croûte peu perméable aux liquides. C'est sous cette couche que cuisent, sans y être décomposés, les sucs et les fibres de la chair. Une telle préparation est incomparablement plus sapide, plus digestible, plus tonique que ces prétendus rôtis cuits dans un milieu plein de vapeur d'eau. Cette notion est devenue vulgaire, et l'on sait que, pour attirer les clients, certains traiteurs des faubourgs n'ont rien imaginé de mieux que d'inscrire au-dessus de leur porte : « Ici on rôtit à la broche. »

Mais cette notion vient de recevoir une application plus sérieuse et plus philanthropique. Dans cet hôpital des enfants, où les scrofules prenaient tant de victimes, on est parvenu à borner les ravages du fléau par l'usage de la gymnastique et des broches. J'ai eu l'occasion de plaider l'année dernière la cause de la gymnastique devant le Conseil supérieur de l'instruction publique. Je viens aujourd'hui, au nom de la Commission du régime alimentaire des lycées, proposer à M. le ministre de substituer, si la chose est possible, la cuisson à la broche au procédé culinaire usité aujourd'hui pour la préparation des rôtis.

Le pain des lycées est de bonne qualité. Il est donné à discrétion aux élèves au dîner et au souper.

La boisson nommé abondance a pu être l'objet de quelques observations critiques, lorsqu'elle était préparée avec quatre cinquièmes d'eau et un cinquième de vin. Aujourd'hui, l'eau n'y entre plus que pour les trois quarts. Il est accordé trois litres de cette abondance aux élèves du grand collége (pour une table de dix converts); les élèves du moyen et du petit collége n'en reçoivent que deux litres pour dix. Cette boisson nous a paru très-convenable. Le vin, comme la viande, est livré aux lycées à un prix déterminé par suite d'une adjudication consentie par le Conseil académique. Il n'y a rien à reprocher à celui qui sert en ce moment à la préparation de l'abondance. Il serait très-utile qu'à l'exemple de l'administration de l'assistance publique, l'administration universitaire préposât quelques personnes à la vérification des qualités du vin au moment où il est livré à l'économat des lycées. Le palais d'un dégustateur exercé serait, en cette occasion, le meilleur des réactifs.

La Commission a assisté à la distribution de plusieurs dîners maigres. Elle a pu s'assurer que le poisson servi aux élèves, acheté le matin même à la criée, était parfaitement frais. Nous n'avons pas essayé de faire usage de la balance pour juger de la quantité servie à chaque élève. Les parts nous ont semblé parfois un peu faibles, plus souvent suffisantes ; mais le souper maigre est invariablement détestable. La pièce de résistance de ce repas est constituée tantôt par un macaroni, tantôt par un plat de haricots, tantôt par un plat d'œufs (un œuf et demi par élève), tantôt par un plat de pommes de terre. A cela il est ajouté, ou des confitures, ou une marmelade, ou du flan, etc. Ce souper, après un dîner maigre, est très-peu réparateur. On ne peut se dissimuler que la nécessité de servir deux jours de suite des dîners et soupers maigres à trois cents élèves ne soit chose fort embarrassante pour l'administration des lycées, qui n'a point de ressources pour varier cette alimentation. Pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde, le proviseur du lycée Napoléon a obtenu de monseigneur de Paris la permission de donner des aliments gras aux élèves le samedi. Cette mesure prudente a vivement satisfait les parents, qui avaient fait entendre quelques plaintes à l'occasion du régime auquel étaient soumis leurs enfants. Sous le rapport de l'hygiène, ce serait certainement une réforme importante que celle qui permettrait l'usage de la viande le samedi. Mais cette question peut être envisagée d'un autre point de vue, et il n'appartient pas au médecin de s'y placer pour la résoudre.

Enfin, monsieur le Ministre, la Commission eût désiré que, dans l'intervalle qui sépare le moment du lever de celui du dîner, les élèves pussent recevoir quelque chose de plus substantiel qu'un simple morceau de

pain. Mais, sur ce point, nous n'avons pu parvenir à aucune solution satisfaisante.

ARRÊTÉ.

Le ministre au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le rapport de la Commission spéciale chargée d'apprécier le régime alimentaire des trois lycées à pensionnat de Paris ;

Vu les observations présentées par les inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire, à la suite de leur dernière inspection dans les lycées des départements ;

Considérant qu'un travail intellectuel journalier peut devenir chez les enfants la cause d'un état de langueur ou d'épuisement, si le corps n'est soutenu par une alimentation suffisamment réparatrice ;

Considérant que, si d'importantes améliorations ont déjà été introduites dans le régime alimentaire des lycées, il est permis d'en espérer de nouvelles par la généralisation de certaines pratiques dont l'utilité a été reconnue ;

Considérant que des prescriptions réglementaires seraient inefficaces si un contrôle sérieux n'assurait pas aux élèves des lycées les avantages que l'autorité supérieure entend leur accorder ;

Arrête :

Art. 1er. Le poids de la viande cuite, désossée et parée, délivrée à chaque élève, est réglé ainsi qu'il suit :

Pour les grands, 70 grammes par tête et par repas ;
Pour les moyens, 60 grammes ;
Pour les petits, 50 grammes.

Lorsque le repas se composera de deux plats de viande, les deux parts devront peser un tiers en sus du poids ci-dessus fixé.

Les parts des maîtres nourris dans l'établissement seront de 100 grammes par tête et par repas.

Quelques minutes avant l'heure des repas, tantôt le matin, tantôt le soir, et sans que ces vérifications aient jamais lieu à jour fixe, l'économe, le proviseur ou son délégué feront mettre en leur présence, dans une balance, le contenu d'un plat destiné à une table de grands, de moyens ou de petits élèves ; ils diviseront le poids obtenu par 10, 8 ou 6, suivant le nombre d'élèves admis à la table, et s'assureront ainsi que cette moyenne est égale au poids réglementaire.

Les mêmes vérifications sont faites fréquemment par le recteur ou par un membre délégué du Conseil académique.

Le vin, suivant sa force, entre pour un quart ou pour un tiers dans la composition de la boisson donnée aux élèves.

Art. 2. Au commencement de chaque semaine, le menu des repas présenté par l'économe, approuvé par le médecin, est arrêté par le proviseur qui se conformera aux règles suivantes :

Le repas du matin se composera, non pas seulement pour les plus jeunes enfants, mais pour tous les élèves indistinctement, en hiver d'une soupe ou d'un potage, et en été d'une tasse de lait ou de quelques fruits avec une ration de pain convenable.

Le bœuf bouilli ne figurera dans le menu du dîner que trois fois par semaine au plus, et, ces jours-là, les élèves auront un second plat de viande.

Lorsque le menu du dîner ne se composera que d'un plat de viande, cette viande sera rôtie ou grillée.

Les jours gras, un plat de viande sera toujours servi au souper.

Les jours maigres, aux légumes aqueux, aux confitures et fruits secs, etc., on substituera, comme second plat, des mets plus substantiels consistant en poisson, œufs, farineux, etc.

La durée du dîner est d'une demi-heure; celle du souper de vingt minutes au moins.

Art. 3. Les maîtres nourris dans l'établissement sont servis en même temps que les élèves et dans les mêmes salles.

Les agents et domestiques prennent leurs repas après les élèves, et autant que possible dans une salle commune.

Tant que les élèves n'ont pas été servis, tout prélèvement à un titre quelconque sur les aliments préparés pour chaque repas est formellement interdit.

Art. 4. Les recteurs des académies et les proviseurs des lycées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 1er septembre 1853. H. Fortoul.

Il n'y a guère plus à en douter : le choléra a repris sa marche progressive vers l'Occident; et chaque mois, chaque semaine nous annonce une nouvelle étape du fléau. Nous avons dit les ravages qu'il a exercés à Copenhague et nous sommes heureux d'annoncer qu'il est entré aujourd'hui, dans cette ville, dans sa période de déclin. En revanche, il a reparu en Russie avec un nouveau degré d'intensité, et en Suède il fait d'assez grands ravages à Stockholm et envahit les provinces méridionales. Les côtes de la Baltique paraissent aussi en éprouver les atteintes. Brême et Hambourg surtout sont envahis en ce moment. Dans cette dernière ville, il y a eu en quelques jours 180 cas, dont les deux tiers suivis de mort. A Dantzick, il y a eu aussi quelques cas, seulement l'intensité du fléau paraît médiocre. Mais ce qui est de nature à exciter les alarmes, c'est l'apparition du choléra asiatique épidémique à Newcastle, c'est-à-dire dans une ville voisine de Sunderland, où le choléra fit sa première apparition en Angleterre, en 1832. Cette fois, on ne peut pas parler de contagion, car le seul navire arrivé des parages où règne la maladie, d'Oldenbourg, en passant par Brême, ne compte et n'a jamais compté un seul malade. A Londres, rien ne peut encore faire admettre l'existence du choléra asiatique. Dans la dernière semaine, il n'y a eu que 16 décès nouveaux, dont 12 chez des enfants et 4 chez des adultes. Il n'y a non plus aucune augmentation sur les semaines précédentes, dont les chiffres suivants représentent la mortalité par le choléra depuis deux mois, 3, 6, 9, 4, 19, 10, 18, 16. En revanche, les diarrhées deviennent très-fréquentes dans cette ville, et depuis la même époque le nombre des décès pour cette cause s'est élevé de 54 à 152. Ajoutons que depuis quelques jours on commence à observer, à Paris, des diarrhées, des cholérines et des accidents cholériformes. Quatre malades, dit-on, auraient succombé dans les hôpitaux; enfin, il y aurait eu quelques cas de véritable choléra en diverses parties de la France. Il y a donc lieu, sinon d'avoir des craintes sérieuses, relativement à la venue prochaine du choléra parmi nous, au moins de prendre toutes les précautions hygié-

niques propres à prévenir, autant que possible, les circonstances qui seraient de nature à en favoriser le développement; et ceux de nos confrères qui seront consultés à cet égard feront bien de recommander à leurs clients de se mettre en garde contre l'oubli des règles les plus importantes de l'hygiène. Du reste, nous serons, avant peu, en mesure d'entrer avec nos lecteurs dans quelques détails plus explicites sur ces divers points.

M. le docteur Pérez, médecin des épidémies et de l'hospice civil de Moissac, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Le Conseil municipal de Lyon a décidé que le buste de M. Prunelle serait placé dans la galerie des *Lyonnais dignes de mémoire*; ce buste a été commandé à M. Fabisch, sculpteur fort distingué de Lyon.

On écrit de Londres, le 3 septembre : « La somme nécessaire pour élever un monument au docteur Jenner est enfin complétée. Le Comité des souscripteurs a décidé à l'unanimité que ce monument se composerait d'une statue colossale de l'inventeur de la vaccine, et il a chargé M. Ch. Marshall, membre de l'Académie royale, d'en exécuter le modèle.

La Société de chirurgie ayant accepté l'offre que M. le docteur Verrier, de Bar-sur-Aube, lui a faite d'une somme de 300 francs ou d'une médaille de même valeur à décerner à l'auteur du meilleur mémoire « *sur le traitement des hémorrhoïdes et des varices par la coagulation du sang, par le procédé Pravaz ou tout autre procédé* », a décidé que les personnes qui voudront concourir pour ce prix devront envoyer leur mémoire, avant le 1er mars 1854, au secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, nº 4. Les mémoires ne seront pas signés; ils porteront en tête une devise, qui sera répétée avec le nom de l'auteur dans une enveloppe cachetée. — Ces travaux devront s'appuyer sur des faits ou des expériences.

Notre excellent confrère M. le docteur Mancel vient d'être frappé, comme M. Blache, par une perte cruelle. Son fils, élève des hôpitaux, vient de succomber aux suites d'une angine gangréneuse.

M. le docteur Lacauchie, ancien médecin en chef du corps expéditionnaire, est mort dans la force de l'âge aux eaux de Bade, où il venait rejoindre sa famille. M. Lacauchie a été victime de son amour pour la science. Peu de jours avant son départ, il avait fait à Strasbourg une démonstration anatomique. C'était au fort des grandes chaleurs, et il opérait sur un cadavre dans un état de putréfaction fort avancée. M. Lacauchie, qui avait parlé fort longtemps, s'est senti pris à la gorge au sortir de la séance. Le mal a fait des progrès rapides, et ni l'air pur des montagnes, ni les soins de sa famille n'ont pu enrayer la marche de la maladie.

Tous les corps de santé des armées réclament, dans la plupart des contrées, l'assimilation des grades. Celui d'Espagne est plus heureux que le nôtre, car de nouveaux règlements viennent d'établir que les chirurgiens de régiments auront le grade de premiers adjudants; les médecins d'hôpitaux, celui de commandant.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DE L'EXCITATION ÉLECTRO-CUTANÉE DANS L'ANGINE DE POITRINE.

Par M. le docteur Duchenne de Boulogne.

Depuis qu'un médecin français, nommé Rougnon, a publié, il y a plus d'un demi-siècle, la première observation d'angine de poitrine (1), et qu'Heberden, médecin anglais, lui a donné le nom qu'elle porte encore aujourd'hui (2), les nombreux auteurs qui ont traité de cette maladie se sont principalement préoccupés de sa nature et du siége qu'elle occupe.

Ainsi ils ont fait naître généralement l'angine de poitrine : 1° en Angleterre, d'une lésion organique du cœur et principalement de l'ossification des artères coronaires (Jenner, Black, Parry), ou d'une lésion de la crosse de l'aorte (Corrigan) ; 2° en Allemagne, d'un principe rhumatismal ou goutteux (Butler, Schœffer, Hesse, Bergius, etc.) ; 3° en Italie, d'une hypertrophie du foie, par suite de laquelle l'action du cœur se trouve gênée ou paralysée ; 4° enfin, en France (Desportes, Jurine, Lartigue, etc.,) d'une névralgie ou du pneumo-gastrique, ou du plexus cardiaque, ou du nerf diaphragmatique ; ces derniers auteurs ne diffèrent d'opinion que sur le siége de la névralgie. Aujourd'hui chaque pays défend encore opiniâtrément les opinions qu'il a vues naître dans son sein.

Malheureusement, il faut bien le reconnaître, les longues et savantes discussions qui se sont élevées sur la nature et le siége de l'angine de poitrine n'ont pas fait faire un pas à la thérapeutique de cette affection.

L'angine de poitrine est cependant la maladie la plus terrible qui puisse menacer la vie de l'homme, car elle le tue presque toujours infailliblement, après l'avoir torturé pendant un temps plus ou moins long. Combien est pénible la position du médecin en présence d'un

(1) Lettre à Lorry sur les causes de la maladie et de la mort de M. Charles, février 1768.

(2) Voici les diverses dénominations qui ont été successivement données à cette maladie : Angina pectoris, Heberden, 1768 ; Asthma convulsivum, Elsner, 1778; Diaphragmatic goutt, Butter, 1791; Asthma arthriticum, Schidb, 1793 ; Syncope anginosa, Parry, 1799 ; Asthma dolorificum, Darwin, 1781 Sternalgie, Beaumes, 1806 ; Sternocardie, Brera, 1810 ; Pneumo-gastralgie, Téallier, 1826.

malade en proie à un accès d'angine, alors qu'il n'existe aucun moyen thérapeutique capable de faire cesser à l'instant ces horribles souffrances, alors que la mort menace de terminer cet accès qu'il ne saurait empêcher !

Ce n'est pas que l'on ait négligé de rechercher les moyens de combattre cette maladie ; le nombre des agents thérapeutiques employés contre elle par les observateurs est, au contraire, très-grand, chacun de ces derniers agissant suivant l'idée particulière qu'il se faisait de sa nature et du siége qu'elle occupe. Il serait inopportun et trop long d'exposer ici tous les essais qui ont été tentés dans ces voies diverses ; on les trouvera d'ailleurs longuement exposés dans les monographies qui traitent de l'angine de poitrine. Ces médications diverses ont quelquefois, quoique rarement, obtenu une amélioration et même la guérison de cette affection. Mais il ressort des faits publiés jusqu'à ce jour, que la thérapeutique est à peu près impuissante *contre l'accès lui-même,* et il me paraît incontestable que c'est cet accès qui tue presque toujours, que l'angine soit ou non compliquée de lésion organique du cœur ou de l'aorte.

Ce court exposé suffit, je crois, pour démontrer combien il importe de chercher le moyen, 1° d'arrêter les accès d'angine de poitrine, puisqu'un seul peut être suivi d'une mort foudroyante ; 2° d'empêcher le retour de ces accès ou d'enrayer la marche de la maladie.

C'est dans l'espoir d'atteindre ce résultat que j'ai commencé une série d'expériences. Je vais exposer ces premiers essais.

OBS. I. *Angine de poitrine essentielle, datant de six mois.— Influence thérapeutique de l'excitation électrique du mamelon et de la peau.* — Pérone, cinquante ans, corroyeur, demeurant à Belleville, rue de Tourtil, n° 25, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin ; d'un certain embonpoint, et ayant le cou court, n'a jamais fait de maladie grave. Il a seulement éprouvé, il y a deux ans, une douleur rhumatismale dans l'épaule droite, qui l'a forcé d'interrompre son travail pendant un mois, bien qu'il n'ait pas eu de fièvre. Il n'a pas habituellement l'haleine courte ; il n'est pas sujet aux palpitations; son habitation est saine; il n'est pas exposé à l'humidité.

Le 29 novembre 1852, à neuf heures du matin, étant à jeun, il éprouva tout à coup, sans cause connue, un sentiment de brûlure profonde au niveau de la partie supérieure et moyenne de la poitrine, et une douleur qui s'étendait dans le membre supérieur gauche.

Il se joignait à ces symptômes des fourmillements et des picotements qui allaient en augmentant du coude à l'extrémité des doigts. Pendant l'accès, le cœur battait avec force et rapidité ; la tête était lourde, un peu douloureuse; la phonation était difficile par défaut de respiration suffisante, et augmentait la douleur. Le malade était forcé de se courber en avant, la douleur augmentant par l'extension du tronc, de s'arrêter ou de s'asseoir son anxiété était extrême ; il était frappé de terreur et croyait à sa fin pro-

chaine. Ce premier accès n'a commencé à diminuer un peu que dix-huit heures après le début, après une saignée copieuse. Les bains de pieds sinapisés, des potions calmantes et un bain entier avaient été employés antérieurement sans aucun résultat. Cette amélioration n'était pas très-grande, car le malade conservait ce faible soulagement à la condition de rester dans le repos le plus absolu, dans la station assise (la position horizontale provoquant toujours un accès). Les accès revenaient sous l'influence de la cause la plus légère ; un éternument, un bâillement, une émotion, quelque légère qu'elle fût, suffisaient pour les provoquer. Dans la journée, le calme parfait est arrivé, mais il était interrompu par des accès toujours aussi forts, qui duraient huit à dix minutes, et étaient toujours provoqués par un mouvement ou une impression ; pas de sommeil possible. Peu à peu les accès devinrent moins fréquents, quoique toujours aussi forts et terrifiant le malade et les personnes qui l'entouraient. L'appétit et les digestions n'ont pas été troublés ; pas un seul instant de fièvre pendant tout le cours de la maladie ; quinze jours après l'invasion du mal, frictions stibées sur la partie antérieure et supérieure du thorax ; purgations tous les quatre jours ; vingt sangsues à l'anus. Malgré ce traitement, les accidents n'ont pas cessé de revenir sous l'influence du moindre exercice, de telle sorte que le malade était condamné à un repos absolu. M. le docteur Moujad, médecin de la Société des tanneurs et corroyeurs, voyant cet état se prolonger, se décida à m'adresser ce malade, croyant que la contracture du diaphragme pouvait n'être pas étrangère à cette affection qu'il diagnostiquait *angine de poitrine*, dans la lettre qu'il m'écrivit à ce sujet.

Voici les phénomènes que je constatai chez Péronne, le 28 avril 1853, jour où il se présenta à ma consultation :

Pour venir de Belleville à mon cabinet, Péronne a dû prendre une voiture ; il n'a pu monter les deux étages qui conduisent à mon appartement, sans s'arrêter à chaque marche, éprouvant un serrement de la poitrine et les troubles que j'ai exposés plus haut. Après un quart d'heure de repos, il était rentré dans un calme parfait ; l'auscultation et la percussion ne décelaient rien d'anormal ni dans les bronches, ni dans les poumons, ni dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux ; le pouls était normal. La pression exercée sur tous les points de la poitrine n'occasionnait aucune sensation douloureuse.

Alors j'engageai le malade à provoquer un accès d'angine ; il lui suffit, pour cela, de se baisser comme pour ramasser un objet. Voici la série de phénomènes qui se développèrent simultanément : douleur très-vive, profonde, brûlante, avec sentiment de resserrement, au niveau de la partie supérieure du sternum, s'irradiant dans le membre supérieur gauche, en suivant la partie postérieure du bras, la face externe de l'avant-bras et se terminant dans l'index ; engourdissement et fourmillement dans tout le membre ; le malade tient constamment les deux mains croisées sur la partie supérieure de la poitrine qu'il comprime, comme pour soulager ses souffrances. Sa tête est fléchie en avant, ses épaules sont portées en haut et en avant par la contraction de son grand pectoral et d'une portion du trapèze ; s'il veut se redresser ou effacer ses épaules, la douleur s'accroît. Je l'engage à marcher ; mais il n'a pas fait deux pas, qu'il se voit forcé de s'arrêter et de s'asseoir à cause de l'augmentation de sa douleur sternale ; sa respiration est courte, agitée ; les battements de son cœur son

violents; son pouls est fréquent, sa face rouge, injectée; ses yeux sont largement ouverts; son corps est couvert d'une sueur abondante, collante; sa physionomie exprime une anxiété extrême; cependant les bruits respiratoires sont parfaitement purs et les claquements valvulaires bien frappés; le cœur a un volume normal, et la percussion pratiquée sur les parois thoraciques ne décèle aucune matité anormale.

Quand le malade veut parler, les mots sont entrecoupés, et la phonation difficile et affaiblie augmente la douleur.

Il existe un isochronisme parfait entre les mouvements des parois thoraciques et abdominales pendant les mouvements respiratoires; point de douleur à la base du thorax; enfin point de paralysie des mouvements volontaires; seulement engourdissement du bras et de la main gauche, dont les mouvements sont affaiblis.

Après huit ou dix minutes de repos tout était rentré dans l'ordre, mais la douleur et le resserrement de la poitrine n'avaient disparu que graduellement.

Le fait dont je viens d'exposer la relation me paraît être un type d'angine de poitrine, dégagée de toute espèce de lésion organique. Cette douleur brûlante sous-sternale, accompagnée d'une sensation de compression, de resserrement, qui jetait le malade dans la plus grande angoisse; cette douleur s'irradiant dans le membre supérieur gauche, suivant la direction du nerf radial, avec engourdissement et affaiblissement de ce membre, et surtout de la main; ces accès provoqués par le mouvement ou une impression morale, ne laissant aucun trouble apparent dans leur intervalle; tous ces signes, dis-je, suffisent pour justifier mon diagnostic. L'auscultation et la percussion, pratiquées avec le plus grand soin et par plusieurs observateurs, ont, en outre, parfaitement établi qu'il n'y avait là ni lésion du cœur ou de la crosse de l'aorte à laquelle on aurait pu rapporter l'angine de poitrine. Enfin, cette affection n'offrait même aucun des phénomènes qu'on observe dans l'asthme, avec lequel l'angine pourrait être confondue dans certains cas. Ainsi, ce malade n'éprouvait pas d'étouffements, pas de besoin de faire de grandes inspirations; seulement, il rendait sa respiration aussi courte que possible, afin de diminuer sa douleur sternale, augmentée par les mouvements respiratoires. Il existait encore d'autres symptômes sur lesquels il serait superflu d'insister, et qui établissaient une distinction bien tranchée entre l'asthme et l'angine de poitrine de mon malade.

Quel était le siége de cette angine de poitrine? Fallait-il le placer dans le pneumo-gastrique, le plexus cardiaque ou le nerf phrénique? Je craindrais de sortir des limites d'une simple note en discutant ici cette question, quelque importante qu'elle soit; je dois dire cependant que, contrairement aux prévisions que j'ai exprimées dans mon Mémoire sur le diaphragme, à l'occasion de l'étude

de la contracture de ce muscle, le malade n'offrait aucun des signes qui caractérisent cette dernière affection, et en conséquence que le nerf phrénique était étranger, dans ce cas particulier, à cette affection nerveuse.

Le diagnostic étant maintenant bien établi, j'arrive aux expériences électro-thérapeutiques que j'ai faites sur le malade dans le but d'arrêter ses accès d'angine, et d'entraver consécutivement la marche de son affection.

Relation des expériences et de leurs résultats.—Je provoquai un second accès en faisant marcher Pérone, et j'appliquai sur son mamelon l'extrémité de deux fils métalliques excitateurs qui communiquaient avec les conducteurs de mon appareil d'induction gradué au maximum et marchant avec des intermittences très-rapides. A l'instant où l'excitation du mamelon fut produite, il jeta un si grand cri que je dus interrompre le courant. La douleur avait été atroce, mais seulement instantanée, et, à ma grande surprise, avec la douleur artificielle que j'avais provoquée, avait aussi disparu complétement la douleur de l'angine, ainsi que l'engourdissement et les fourmillements du membre supérieur gauche qui l'accompagnaient; la respiration était devenue calme ; en un mot, le malade se trouvait tout à coup dans son état normal.

Cette transition subite était-elle le résultat d'une simple coïncidence, ou devais-je plutôt la rapporter à la perturbation énorme et instantanée produite par l'excitation électrique du mamelon? Pour juger définitivement cette question importante, je recommençai mon expérience, c'est-à-dire que je fis naître un nouvel accès d'angine. Mais ce ne fut plus chose aussi facile qu'auparavant, car le malade dut se livrer à toutes sortes de mouvements pendant quatre à cinq minutes pour obtenir le retour de son accès, tandis qu'avant l'opération il lui suffisait, pour cela, de se baisser.

La seconde expérience réussit tout aussi rapidement que la première ; mais au lieu d'exciter le mamelon, je m'étais contenté de provoquer l'excitation électro-cutanée *loco dolenti* (au niveau de la partie supérieure du sternum). Prenant une sorte de plaisir à dominer ainsi ce mal réputé indomptable pendant l'accès, je renouvelai plusieurs fois de suite cette expérience avec le même succès, et j'observai que plus je l'avais répétée, plus le malade avait de peine à rappeler son accès d'angine, à ce point que la dernière fois il lui fallut monter rapidement les deux étages de la maison que j'habite, pour y parvenir.

Le lendemain, Pérone m'apprit qu'il avait pu retourner à Belleville, où il habite, sans éprouver la moindre gêne et sans devoir s'arrêter; que pour la première fois depuis le début de sa maladie il avait pu dormir ; que dans la matinée, seulement, il avait éprouvé un serrement, sans douleur, limité à la partie supérieure de la poitrine ; qu'il arrivait de Belleville à pied, qu'il avait pu monter mon escalier sans s'arrêter ni éprouver de gêne ; enfin cet homme se croyait guéri.

Je lui proposai encore de rappeler son angine afin d'agir comme la veille au moment de l'accès. Il se mit donc à l'œuvre, et ce ne fut qu'après un quart d'heure, à peu près, de mouvements violents, semblables à ceux qu'il fait habituellement quand il prépare ses peaux, qu'il réussit à provoquer un

accès presque aussi violent que les premiers. Maîtriser complétement ce nouvel accès par l'excitation électro-cutanée du thorax fut l'affaire de deux à trois secondes.

A dater de ce jour, la douleur sous-sternale, les fourmillements et l'engourdissement du membre supérieur gauche ne revinrent plus, quoi qu'on fît pour les rappeler. Il restait seulement, quand il était provoqué, un sentiment d'oppression, une sorte de compression dans le point de la poitrine où jadis siégeait la douleur. Quatre à cinq excitations électro-cutanées, pratiquées à des intervalles assez éloignés, enlevèrent le reste de l'angine, et quinze jours après le commencement du traitement, j'ai pu permettre à Péronne de reprendre son état de corroyeur.

Depuis plusieurs mois qu'il se livre à ses rudes travaux habituels, son angine n'a plus reparu.

Deux résultats thérapeutiques importants me paraissent ressortir des expériences que je viens d'exposer ; c'est que par l'excitation électrique de la sensibilité du mamelon ou de la peau, pratiquée *loco dolenti*, il est possible 1° de faire cesser complétement et à l'instant même un accès d'angine de poitrine ; 2° d'enrayer la marche de cette maladie et peut-être même de la guérir définitivement.

Le premier fait est incontestable, car toutes les expériences tentées sur mon malade, au moment de ses accès, soit au commencement, soit après les avoir laissés marcher pendant quelques minutes, ont toutes donné des résultats absolument identiques, c'est-à-dire qu'elles l'ont chaque fois fait passer subitement d'un état de souffrance et d'angoisse inexprimables au calme le plus parfait.

Ce fait a d'autant plus de valeur que depuis près de six mois les médications les plus variées n'avaient eu aucune prise sur ses accès, et qu'on a vu jusqu'à présent, dans tous les cas rapportés par les auteurs, la thérapeutique rester à peu près impuissante en face de ces accès d'angine de poitrine.

Le mode de traitement que je signale à l'attention de mes confrères n'aurait-il prise que sur l'accès lui-même, sans modifier en rien la marche ultérieure de la maladie, la thérapeutique de l'angine de poitrine y aurait encore gagné, puisque le médecin pourrait espérer désormais non-seulement débarrasser son malade de ses horribles souffrances, mais aussi prévenir peut-être une mort foudroyante qui quelquefois termine l'accès, et de cette façon se donner le temps de combattre la maladie par des moyens rationnels, qui varient suivant les complications particulières, et dont l'action est nécessairement lente ou moins immédiate.

Mais là ne s'arrête pas l'action thérapeutique de l'excitation électrique de la peau ou du mamelon. On a vu, en effet, dans l'observation précédente, les accès se modifier rapidement dans leur forme et leur

intensité, sous l'influence de ces expériences réitérées, puis s'éloigner de plus en plus, et enfin disparaître entièrement, quelque effort ou quelque moyen qu'on employât pour les rappeler, alors que pendant dix mois il avait suffi de la moindre impression, du moindre mouvement pour les développer dans toute leur violence.

Péronne a repris ses rudes travaux de corroyeur depuis plusieurs mois et n'a plus eu de nouvel accès. Est-ce à dire pour cela qu'il soit guéri ? Tout le monde connaît la tendance que l'angine de poitrine conserve à se reproduire. Aussi, dois-je faire mes réserves pour ce malade, avant de croire à sa guérison définitive ; le temps seul peut juger cette question. Mais il ne m'en paraît pas moins établi que la médication que j'ai expérimentée sur lui a puissamment enrayé la marche de son angine de poitrine, et je suis fondé à en espérer la guérison.

Le moment choisi pour produire ces excitations électriques de la peau et du mamelon et ces appels réitérés des accès tout aussitôt réprimés, me paraissent avoir exercé secondairement une influence heureuse sur la marche de l'angine. Voici sur quelles idées repose la manière d'agir que j'ai suivie dans cette circonstance. Une longue expérience m'avait appris que la perturbation jetée par l'excitation électro-cutanée dans l'état d'une névrose ou d'une névralgie avait d'autant plus de chance de succès qu'elle intervenait au moment de l'accès ou du paroxysme de la douleur.

J'avais observé, en outre, que la guérison d'une névralgie était d'autant plus solide que les accès en avaient été plus souvent troublés dans leur modalité et dans leur cours habituel. Appliquant ces remarques à l'angine de poitrine qui, à mon sens, n'est rien autre chose qu'une névralgie, j'eus la pensée de provoquer chez Péronne un nouvel accès immédiatement après avoir dissipé le premier, afin d'avoir une nouvelle occasion de jeter le désordre dans le développement de cet accès. Je fus d'abord arrêté par la pensée que cette expérience n'était pas sans danger pour le malade, puisque personne ne peut répondre de la manière dont se terminera un accès d'angine ; mais la facilité avec laquelle j'avais triomphé du précédent m'encouragea à poursuivre. On sait ce qui est arrivé : maîtriser les accès que je rappelai coup sur coup, ne fut qu'un jeu pour moi. On a vu que mes prévisions ont été justifiées par l'événement, car plus les accès avaient été entravés de fois dans leur développement, plus il a été difficile au malade d'en obtenir le retour.

C'est par l'énorme perturbation qu'elle porte dans l'innervation, avec la rapidité de l'éclair, qu'il faut expliquer l'influence vraiment saisissante de l'excitation électro-cutanée sur l'angine de poitrine. Y a-

t-il de plus une action spéciale de l'agent électrique sur l'état pathologique du système nerveux? Personne n'oserait assurément l'affirmer, bien que cela soit possible.

S'il n'y avait là qu'une révulsion puissante, le feu posséderait la la même vertu que l'électricité. Ce dernier ne pourrait cependant pas remplacer la faradisation cutanée (l'électrisation de la peau par l'électricité d'induction), qui, ne désorganisant pas les tissus, peut être prolongée et renouvelée autant que cela est nécessaire et promenée impunément dans toutes ses régions.

Un nouveau fait vient donner plus de valeur aux considérations précédentes; j'en dois l'observation à l'obligeance de M. le docteur Aran. Je n'en relaterai que les traits principaux :

Obs. II. Mme X..., trente-deux ans, d'une constitution moyenne, dit être tombée, il y a dix ans, dans une sorte de léthargie qui dura sept jours, à la suite d'un vif chagrin qu'elle éprouva de la perte d'un de ses enfants. (Pendant le temps qu'elle resta dans cet état, on dut s'assurer qu'elle respirait encore en lui plaçant une glace devant la bouche.)

Cette crise se termina par des larmes abondantes; mais elle fut suivie pendant sept mois de palpitations de cœur avec angoisse extrême, essoufflement et troubles de l'intelligence.

L'état de la malade s'était amélioré malgré la persistance des palpitations de cœur, lorsqu'il y a deux ans (en 1851), un profond chagrin, causé par un revers de fortune, produisit une nouvelle série de phénomènes morbides, différents des précédents par leurs caractères, par leur marche et par leur intensité. Ainsi l'affection se présentait sous forme d'accès plus ou moins fréquents et ne laissait rien d'apparent dans l'intervalle de ces derniers.

Voici les principaux symptômes qu'on observait pendant chacun de ces accès : douleur précordiale vive, comparée par la malade à une chaleur brûlante; constriction très-grande sous le sternum, avec douleur irradiant dans le bras gauche et y produisant un engourdissement qui persistait quelque temps après l'accès et le paralysait complétement; anxiété extrême avec expression de terreur pendant l'accès; les muscles pectoraux et les fléchisseurs de la tête en avant sont contractés ; tout mouvement pour redresser la tête et porter les épaules en arrière exaspère les douleurs ; pas d'étouffement comme dans l'asthme; seulement la respiration est courte et fréquente. Ces accès ne sont pas accompagnés de phénomènes hystériques; ainsi, pas de constriction à la gorge ; pas de larmes; seulement il est facile de les provoquer en lui parlant de l'enfant qu'elle a perdu, et alors sa raison s'égare. J'ajouterai enfin que l'auscultation et la percussion ne décèlent aucune lésion ni dans les poumons, ni dans les bronches, ni dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux artériels.

Tel était l'état de la malade, contre lequel M. Aran luttait vainement depuis longtemps, lorsque j'entretins notre confrère du fait thérapeutique important que j'ai précédemment exposé. On comprend qu'un thérapeutiste aussi distingué que M. Aran n'a pas dû laisser échapper l'occasion de contrôler la valeur d'une médication qui avait si bien réussi dans un cas analogue, surtout alors que la vie de sa malade était dans un danger croissant. Elle

fut, en effet, soumise à l'excitation électro-cutanée au moment des accès, et en obtint un résultat aussi heureux et non moins immédiat que le malade de l'observation précédente. Aujourd'hui elle se trouve presque entièrement délivrée de son angine de poitrine et a pu reprendre ses occupations ordinaires.

En résumé cette malade a éprouvé, sous l'influence de profonds chagrins, une série d'accidents hystériques dans la première et longue période de sa maladie. Depuis un an, elle a été prise de nouveaux phénomènes d'une extrême gravité, qu'on n'observe pas dans l'hystérie et qu'on ne peut rapporter qu'à l'angine de poitrine.

Ce cas était donc moins simple que le précédent, et il était à craindre qu'en raison du fond hystérique sur lequel reposait cette angine de poitrine, l'excitation électro-cutanée n'aggravât les accidents, loin d'en arrêter les accès. Ces appréhensions ont été heureusement trompées, puisqu'on a vu le mode de traitement employé réussir dans ce cas à peu près aussi bien que dans le précédent.

Cette médication eût-elle produit le même résultat chez les deux malades si leur angine de poitrine eût été compliquée d'une lésion organique du cœur ou de la crosse de l'aorte? L'expérimentation pourra seule décider cette question ; mais il est, selon moi, permis d'en attendre, sinon la guérison complète de la maladie, au moins un amendement.

En cela, je me fonde sur l'opinion que je me suis faite de la nature de l'angine de poitrine, d'après les deux faits précédents et par la lecture des observations rapportées par les auteurs. Tout le monde admet, en effet, que l'angine de poitrine peut exister à l'état de névrose simple. Les deux faits que j'ai rapportés viennent s'ajouter à ceux de même nature qui se trouvaient déjà dans la science. Eh bien! lorsqu'on rapproche ces cas d'angine essentielle de ceux avec lesquels coïncidait une lésion organique du cœur et des gros vaisseaux, on est frappé de la similitude parfaite des phénomènes qui se déclarent pendant les accès. Si, d'un autre côté, l'on compare la rareté de l'angine de poitrine à la fréquence des lésions organiques du cœur et de la crosse de l'aorte, on est forcé de conclure que l'angine de poitrine est une affection indépendante de ces lésions organiques, bien que celles-ci puissent favoriser son développement ou la rendre plus tenace.

Cette note, qui établit l'heureuse influence thérapeutique de l'excitation électro-cutanée sur l'angine de poitrine, ne repose, il est vrai, que sur deux faits, mais sur deux faits bien observés.

Fidèle aux principes qui m'ont toujours dirigé dans mes recherches, j'aurais attendu, pour publier ces faits, que le temps et de nouvelles ex-

périences lui eussent donné plus de valeur, si l'angine de poitrine n'était pas une de ces affections qu'on a rarement l'occasion d'observer. En outre, la raison qui a le plus influencé ma détermination dans cette circonstance, c'est l'impuissance de la thérapeutique en présence des horribles souffrances occasionnées par un accès d'angine, qui peut souvent donner la mort. DUCHENNE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS EN ARRIÈRE (RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION) PAR LE REDRESSEMENT AVEC LA SONDE ET L'EMPLOI DU PESSAIRE-BALLON EN CAOUTCHOUC COMBINÉS,

Par M. VALLEIX, médecin de la Pitié, etc.

Dans deux articles publiés dans ce journal (1851), j'ai fait connaître le traitement des déviations utérines par le *redresseur intrà-utérin* et diverses modifications que j'ai successivement apportées à cet instrument. Les leçons cliniques que j'ai faites sur ce sujet à l'hôpital de la Pitié (1852) ont ensuite exposé la question pathologique et les résultats thérapeutiques dans tous leurs détails. On sait donc aujourd'hui quelle est la valeur de ce traitement, jusqu'à quel point il peut être utile et quels sont les cas où il réussit le mieux.

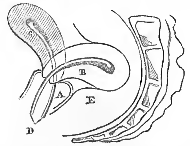
On a cependant élevé des objections contre lui, et en particulier on lui a reproché de produire des accidents, dont les principaux sont la ménorrhagie et l'inflammation des tissus utérins et péri-utérins.

Il est certain qu'on ne peut employer aucun moyen réellement efficace contre les déviations, maladies interminables et souvent cruelles, sans qu'il en résulte quelquefois les inconvénients que je viens de mentionner. Tous les traitements chirurgicaux sont dans ce cas; et un moyen qui mettrait même les moins expérimentés presque certainement à l'abri de ces inconvénients, quelque légers qu'ils soient dans l'immense majorité des cas, devrait être accepté avec empressement.

Ajoutons quelques autres considérations très-importantes. L'introduction d'un instrument à tige intrà-utérine est souvent difficile; elle exige une assez grande habitude. Il faut calculer la longueur à donner à cette tige d'après la profondeur et l'état de l'organe. Il est très-important de savoir reconnaître le moment où il faut l'enlever, etc. Il en résulte que ce traitement embarrasse souvent les médecins qui n'ont pas de fréquentes occasions de le mettre en usage, et que, par conséquent, il serait très-utile de le simplifier de manière à le mettre à la portée du plus grand nombre.

C'est vers ce but qu'ont toujours tendu les modifications que j'ai fait subir aux instruments, et c'est pour l'atteindre plus sûrement que j'ai cherché à traiter les déviations sans introduire de tige dans l'utérus. Pour cela, j'ai traité, dans ces derniers temps, un certain nombre de femmes en combinant deux moyens qui ne sont pas nouveaux, mais qui, par leur réunion, forment un traitement qu'on n'avait pas encore employé. Les résultats ont répondu à mon attente, et je dois m'empresser de les faire connaître, car ils sont aussi satisfaisants que ceux que j'avais obtenus de l'emploi du redresseur intrà-utérin. J'exposerai plus loin les faits ; il convient à présent de décrire le procédé, qui consiste dans le redressement avec la sonde utérine et le maintien de l'utérus redressé avec le pessaire-ballon en caoutchouc, qu'on peut appeler *redresseur extrà-utérin.* Voici la description de cette petite manœuvre opératoire :

Emploi du redressement par la sonde et du pessaire-ballon en caoutchouc combinés. — Quand une malade paraît bien préparée au traitement, que la cavité utérine n'a pas une sensibilité trop vive, que l'utérus se redresse assez bien, on procède comme il suit:



Introduisez la sonde utérine D jusqu'au fond de la matrice B, en portant la concavité et le bec de la sonde en arrière, puis ramenez le bec et la concavité en avant et, par un mouvement doux, portez le corps de la matrice vers le pubis. Cela fait, placez l'index qui a servi à diriger la sonde sur la face antérieure du col, et en même temps que vous retirez l'instrument, repoussez fortement le col en arrière et en haut vers la concavité du sacrum. Prenez alors le pessaire ou ballon qu'on peut appeler *redresseur extrà-utérin,* introduisez-le, vide et roulé, dans le cul-de-sac du vagin; puis, *si vous avez un aide,* faites insuffler avec une poire en caoutchouc préalablement gonflée d'air. *Si vous êtes seul,* ajustez rapidement la poire à insufflation, introduisez de nouveau l'index pour tenir le col repoussé en arrière, et ne le lâchez qu'après avoir commencé l'insufflation, que vous continuez ensuite.

Les deux figures ci-jointes montrent l'utérus en état de rétroversion (*fig.* 2) et l'organe redressé et maintenu par le pessaire-ballon, ou redresseur extrà-utérin (*fig.* 3.)

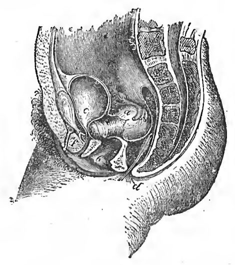


Fig. 2. *a* utérus rétroversé ; *b* le vagin ; *c* vessie ; *f* symphyse du pubis ; *d* rectum.

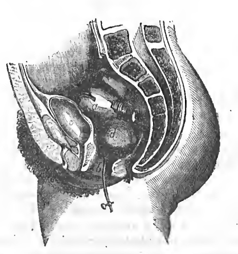


Fig. 3. *a* utérus redressé et maintenu ; *b* vagin ; *c* vessie ; *d* redresseur extra-utérin qui distend le vagin et maintient l'utérus.

Le gonflement du redresseur extrà-utérin fait éprouver aux malades

un effet désagréable, qui ne tarde pas à se calmer. S'il persiste, c'est que le ballon est trop gonflé, ce qu'il faut toujours éviter. On donne alors issue à une partie de l'air emprisonné, ce qui produit immédiatement un soulagement marqué.

Il est facile de comprendre que, dans cette situation, l'utérus préalablement bien redressé ne peut plus se renverser. Il faudrait, en effet, que sa partie inférieure pût se porter de nouveau vers le pubis, ce qui ne peut se faire dans le vagin distendu par le redresseur extrà-utérin. Quant à sa partie supérieure, même dans les rétroflexions, elle ne peut pas se porter en arrière, la vessie ne l'atteignant que dans son extrémité, qu'elle ne peut plus repousser suffisamment en se gonflant. (Voy. *fig*. 3.)

Les malades ont besoin de s'habituer à ce corps étranger. Aussi, les premiers jours convient-il de ne pas le laisser plus de vingt-quatre heures, et moins encore dans certains cas. Plus tard, il faut le laisser trois ou quatre jours, afin que l'utérus reste en place. Alors les malades le portent facilement. A chaque nouvelle application, il faut redresser de nouveau l'utérus avec la sonde.

Les malades apprennent bientôt à insuffler l'appareil elles-mêmes, ce qu'il faut faire deux ou trois fois par jour, l'air se perdant assez facilement dans les ballons les mieux fermés. Enfin, lorsque la matrice se maintient en place, elles peuvent enlever l'instrument pour les soins de propreté, et le replacer très-bien elles-mêmes. Mais il faut pour cela que le col se maintienne en arrière, car autrement elles pourraient introduire le redresseur dans le cul-de-sac postérieur et repousser l'utérus dans sa position vicieuse.

Il n'est pas rare de voir cet appareil si simple produire un certain degré d'irritation; parfois même, à la première apparition des règles, il survient un peu de congestion utérine, tant il est vrai que tout moyen énergique a toujours quelques inconvénients; mais ces inconvénients n'ont pas d'importance réelle.

Voici maintenant ce que j'ai obtenu par ce moyen. Les faits ne sont pas très-nombreux, parce que je ne l'emploie pas depuis longtemps, mais ils n'en sont pas moins significatifs.

Résultats de l'emploi du redresseur extrà-utérin. — J'ai réuni neuf cas dans lesquels ce moyen a été employé, et j'ai déjà obtenu sept guérisons radicales. Dans un cas, un peu d'irritation utérine a fait momentanément suspendre le traitement; mais la matrice est déjà en grande partie relevée, et dans peu de temps, sans doute, la guérison sera complète. Dans le neuvième, j'ai obtenu une grande amélioration,

mais des causes particulières ont également suspendu le traitement, qui sera repris plus tard.

Pour montrer toute l'efficacité de ce traitement, j'indiquerai d'abord les conditions dans lesquelles se trouvaient deux de ces malades.

Obs. I. L'une, affectée de rétroversion, était restée couchée pendant deux ans et demi, ne pouvant pas faire un pas sans de vives douleurs, se tenant, quand elle voulait essayer de marcher, complétement courbée et avançant avec peine un pied au devant de l'autre. Les parties génitales étaient si douloureuses qu'il a fallu six semaines pour les préparer au traitement. Aujourd'hui, elle fait de longues courses, parfaitement droite, et a pu faire de petits voyages en voiture et en chemin de fer sans aucun inconvénient. J'ajoute que cette malade, qui est de la province, avait fait le voyage de Paris il y a un an, qu'elle y avait été traitée pendant trois mois avec énergie et par les moyens connus, et qu'elle en était repartie absolument dans le même état. Cette malade m'a été adressée par M. Quesnel, médecin principal de la marine à Brest.

Obs. II. Chez la seconde malade, la matrice ramollie présentait deux flexions en arrière. Aujourd'hui, après trois mois de traitement, la matrice est redressée; seulement le col se porte encore un peu en avant, ce qui résulte de la brièveté de la paroi antérieure du vagin, disposition évidemment congénitale.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires. Ils prouvent que, par ce procédé, l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intrà-utérine. C'est donc un véritable progrès dans le traitement des déviations.

Je crois cependant devoir citer deux autres observations plus détaillées, pour montrer comment le traitement a été dirigé, et en faire connaître toute l'efficacité.

Obs. III. *Rétroversion complète. Symptômes considérables. Emploi du redresseur extrà-utérin. Guérison prompte.* — Rosalie Goubard, âgée de trente-sept ans, cheveux noirs, yeux bruns, teint pâle, constitution altérée, entre à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, nº 28, le 4 juin 1833. Elle a eu dix enfants. Il y a quelques années, son mari lui a communiqué une maladie vénérienne; plusieurs de ses enfants sont morts; les quatre qui lui restent sont chétifs, maladifs, scrofuleux.

La dernière couche a eu lieu il y a quatre ans, et depuis, ses règles, qui autrefois étaient très-régulières, sont devenues irrégulières; elles apparaissent tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. Avant sa dernière couche, elle jouissait d'une excellente santé; depuis deux ans et demi, elle est sujette à des métrorrhagies assez abondantes, métrorrhagies qui l'ont considérablement affaiblie; la première a duré trois mois à peu près; les autres de deux à trois semaines : elle a toujours eu des pertes blanches peu abondantes. Elle ne peut plus se livrer à aucun travail, ni vaquer aux soins du ménage. Elle est forcée de négliger ses enfants qui, cependant, n'ont qu'elle pour les soigner.

Examen de la malade le 5 juin. Marche difficile, douleurs vagues, spontanées dans l'abdomen; sentiment de pesanteur au rectum. Appétit bien

conservé; digestions pénibles; sentiment de pesanteur à l'épigastre. L'estomac semble se gonfler après les repas. Rapports; éructations; nausées; garderobes rares, tous les trois ou quatre jours; urines fréquentes, non douloureuses; la malade est obligée de se lever cinq ou six fois pendant la nuit pour uriner; elle ne va à la garderobe qu'au moyen de lavements. Points douloureux à la pression à la région épigastrique, dans les aines, principalement sur le côté gauche de la ligne blanche, le long des vertèbres lombaires; on constate tous les signes d'une névralgie lombo-abdominale. Face pâle, un peu amaigrie, exprimant la souffrance et la tristesse.

Toucher vaginal peu douloureux; on ne sent ni bosselure ni dureté. Rigidité des tissus; col volumineux, non douloureux au toucher, sans chaleur ni dureté, ni bosselure, ni déformation. Utérus mobile; le col est fortement porté en avant vers le pubis; le corps plonge dans la concavité du sacrum. Le doigt peut suivre toute la face postérieure de l'organe qui pèse fortement sur le rectum et qui est dans une position complétement transversale.

Le 6 juin 1853, on prescrit : tilleul sucré; 1 pil. op. pour le soir; lavement huileux; injections émollientes opiacées; bain. Jusqu'au 11, même état de la malade.

Le 11 juin, examen au spéculum. Col de l'utérus volumineux, lèvre inférieure très-volumineuse, couvrant la lèvre antérieure. Utérus porté en arrière; un peu de rougeur sans granulations.

Emploi de la sonde utérine. Cathétérisme difficile, mais peu douloureux. On redresse complétement l'organe avec la sonde. Même traitement.

Le 13 juin, aucune hémorrhagie depuis huit jours, malgré le redressement du 11 juin; l'abdomen est un peu douloureux. Julep morphiné; 1 pil. op. 0,03; inject. émoll. op.

Le 14 juin, on place pour la première fois le redresseur extrà-utérin en caoutchouc; aucune douleur n'est accusée par la malade, qui supporte très-facilement l'appareil pendant quatre jours.

Le 18 juin, l'utérus est presque remis en place, la malade se trouve bien; on replace le redresseur extrà-utérin.

Le 21 juin, l'amélioration persiste; l'utérus s'est très-bien maintenu en place; la malade ne se plaint que de quelques troubles digestifs. On applique le redresseur en caoutchouc pour la troisième fois; la malade le garde vingt-quatre heures, et le 25 juin l'organe est parfaitement en place.

La malade n'est sortie de l'hôpital que le 31 juillet, quoique sa guérison du côté de l'utérus ait été bien constatée le 25 juin. Tous les symptômes abdominaux se sont dissipés à la même époque; mais les troubles digestifs ont légèrement persisté jusqu'au 20 juillet, époque à laquelle la malade, se sentant bien rétablie, a demandé à sortir, ce qui lui a été refusé, le repos étant encore nécessaire.

J'ai revu trois fois la malade depuis sa sortie de l'hôpital; la dernière fois, le 30 août, c'est-à-dire plus de deux mois après la constatation du redressement complet. L'utérus se maintient si bien en place qu'on ne pourrait pas croire qu'il a jamais été dévié. Le col est beaucoup moins volumineux. Il reste un peu bas; mais toute douleur abdominale a disparu, sans en excepter les douleurs névralgiques. Les garderobes sont régulières. Les digestions sont bonnes. Les règles sont revenues le 22 août; elles n'ont duré que cinq jours et ne l'ont nullement affaiblie. Elle marche avec faci-

lité, peut faire son ménage et soigner ses enfants sans se fatiguer. Elle a eu des maux de tête ; mais ils ont cédé à l'emploi de l'iodure de potassium et du proto-iodure de mercure, ce qui prouve qu'ils n'étaient qu'un reste de l'ancienne affection vénérienne. Elle a repris de l'embonpoint, son teint est plus coloré, ses traits sont fermes, et l'expression de souffrance, de tristesse et de découragement a disparu.

Réflexions.— Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur ce fait dont les détails sont significatifs. Cette femme avait été vue par d'autres médecins, et des plus habiles, qui avaient désespéré de la guérison de sa déviation utérine, d'ailleurs parfaitement constatée par eux. Cette déviation était ancienne, elle datait certainement de quatre ans et était survenue à la suite de sa dernière couche ; et cependant il n'a fallu que neuf jours de l'emploi du redresseur pour remettre l'utérus à sa place normale, où il se maintient depuis plus de deux mois, avec une amélioration chaque jour plus grande de l'engorgement et de l'abaissement.

Sa santé est revenue et se raffermit de jour en jour. Elle peut prendre soin de ses enfants, tandis qu'auparavant, l'impossibilité où elle se trouvait de le faire la menaçait d'une misère profonde et la jetait dans le plus grand découragement.

Cette guérison se maintiendra-t-elle ? Pour ma part, je n'en doute pas, à moins que cette femme ne soit soumise à une nouvelle cause puissante de déviation, qui agirait sur la personne la mieux portante aussi bien que sur elle. Déjà l'utérus devient moins volumineux et par conséquent plus léger. Il remonte tous les jours dans le bassin, et je n'ai jamais vu, dans de semblables conditions, la déviation se reproduire spontanément.

Dans l'observation suivante, on va voir des symptômes particuliers et très-rebelles disparaître promptement par le redressement obtenu de la même manière.

Obs. IV. *Rétroversion complète ; engorgement considérable de l'utérus ; douleurs rectales; dévoiement pendant les trois derniers mois; affaiblissement extrême ; anémie; emploi du redresseur extrà-utérin ; guérison prompte.* — Mme Gr..., âgée de trente-un ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, a eu un enfant du sexe masculin, il y a onze ans. L'accouchement ne présenta rien de remarquable.

Depuis cette époque, sa santé n'a jamais été parfaite, bien qu'il n'y eût pas de signes évidents du côté de l'utérus. Elle se fatiguait plus facilement, et ses digestions étaient assez souvent troublées.

Il y a un an, sans cause connue, elle commença à ressentir une pesanteur incommode vers le périnée et vers la partie inférieure du sacrum. La marche devint plus pénible, les digestions plus difficiles, et il y eut de la constipation. L'éruption des menstrues, jusqu'alors assez facile, eut lieu avec douleur, bien qu'il n'y eût rien de changé sous le rapport de leur abondance et de leur durée.

Cet état, avec une leucorrhée médiocre, persista jusqu'à ces trois derniers mois, sans que la malade y apportât une bien grande attention. Mais alors survint une douleur continue dans le rectum et une diarrhée qui la fatigua beaucoup. Les garderobes toujours douloureuses, avec la sensation d'un corps volumineux qui veut s'échapper, s'élevèrent au nombre de six ou sept par jour et devinrent diarrhéiques. Rarement il y avait un intervalle de vingt-quatre à quarante-huit heures, pendant lesquelles les selles étaient moins fréquentes et moins douloureuses.

Dès lors, la santé s'altéra beaucoup plus sensiblement. La malade pâlit et maigrit. Ses digestions devinrent très-pénibles, et plusieurs fois, pendant sept, huit jours et plus, elle fut obligée d'observer une diète sévère.

On mit en usage les narcotiques, les émollients, les astringents, le régime ; mais le dévoiement persista.

Je vois Mme Gr... le 20 mars 1853. Elle ne veut pas d'abord se soumettre à l'exploration ; les symptômes persistent.

Le 28 mars, je peux explorer les parties génitales. Le toucher vaginal, l'exploration avec le spéculum, le cathétérisme utérin me font reconnaître des signes tout à fait semblables à ceux qui ont été indiqués dans l'observation précédente. Les symptômes précédemment décrits persistent. Il y a un bruit de souffle dans les carotides. La rétroversion est complète. Ce jour-là, l'utérus est redressé avec la sonde.

Du 31 mars au 11 mai, le cathétérisme utérin et le redressement sont pratiqués sept fois, l'utérus très-sensible ayant besoin d'être habitué au contact des instruments. Par ce moyen, la déviation est un peu modifiée, et il y a un peu d'amélioration dans les principaux symptômes ; mais cette amélioration est faible.

Le 11 mai, après avoir redressé complétement la matrice avec la sonde, j'applique le redresseur extrà-utérin (pessaire-ballon en caoutchouc). La malade le garde neuf jours.

Je ne la revois que le 31. Les deux derniers jours du séjour du redresseur extrà-utérin, elle a un peu souffert dans tout le bassin.

Je trouve l'utérus parfaitement en place. Il n'y a plus de douleur dans le rectum. La diarrhée a cessé. Les digestions sont bonnes. La marche est facile. Les menstrues ont eu lieu sans douleur. Le bruit de souffle des carotides a disparu. La gaieté et l'embonpoint sont revenus.

Le 19 juin, la malade part pour Ostende. La guérison s'est maintenue. Au commencement du mois d'août, j'en ai eu des nouvelles ; elle se portait très-bien.

Réflexions. — Les symptômes éprouvés par cette malade ne sont pas ordinaires, mais ils ne sont pas sans exemple. J'ai cité un fait semblable dans mes leçons cliniques. On ne peut évidemment attribuer la diarrhée qu'à l'irritation produite sur le rectum par la pression de l'utérus, et c'est ce qui explique la persistance de ce symptôme, qui cède ordinairement avec facilité aux moyens qu'on avait employés. Aussi les voyons-nous cesser promptement dès que la matrice est redressée.

Dans ce cas, le redresseur extrà-utérin a été gardé neuf jours de suite, et cette seule application a suffi pour la guérison. Quant à la so-

lidité de cette guérison, je pourrais reproduire ici ce que j'ai dit dans mes réflexions sur l'observation précédente.

Malheureusement, ce traitement ne peut pas s'appliquer aussi bien, à beaucoup près, aux déviations en avant (antéversions, antéflexions). Ce qui s'y oppose, c'est que les pubis empêchent que le redressement ne soit aussi complet que dans les déviations postérieures, d'où il résulte qu'on n'a pas, en arrière, une prise suffisante pour le redresseur extrà-utérin. Peut-être, plus tard, cette difficulté sera-t-elle surmontée par une modification à la forme de cet instrument. VALLEIX.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES SUR LES ALCALOÏDES DES QUINQUINAS.

Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, l'opinion de M. Pasteur sur la *quinidine*, et nous allons maintenant résumer, le plus succinctement possible, le mémoire qu'il a publié sur les alcaloïdes des quinquinas, parce que les faits qu'il a découverts sont extrêmement intéressants.

M. Pasteur a reconnu qu'en chauffant avec précaution un sel de quinine ou de cinchonine, on parvenait à modifier les bases de ces sels, et à les transformer en bases nouvelles, isomères avec la quinine et la cinchonine, et parfaitement distinctes des bases employées pour les préparer.

C'est en opérant ainsi qu'il a obtenu, avec la quinine, une nouvelle base, qu'il nomme *quinicine*, et avec la cinchonine une autre nouvelle base, la *cinchonicine*.

Les propriétés de ces nouveaux alcalis végétaux offrent de grandes analogies avec les alcaloïdes d'où ils dérivent. Ils sont très-solubles dans l'alcool, et presque insolubles dans l'eau. Ils déplacent l'ammoniaque de ses combinaisons, se combinent avec l'acide carbonique, et dévient à droite le plan de polarisation. Ces préparations sont très-amères et fébrifuges.

M. Pasteur a vérifié ses premières expériences sur la *quinidine*, et regarde toujours la quinidine de commerce comme composée de deux bases distinctes. Il laisse à la première base, base découverte par MM. O. Henry et Delondre, le nom de *quinidine*, et donne à l'autre le nom de *cinchonidine*. La première est hydratée et efflorescente, elle dévie à droite le plan de polarisation, et se colore en vert, comme la quinine, par l'addition de chlore et d'ammoniaque. La seconde, la

cinchonidine, est anhydre, dévie à gauche le plan de polarisation, et ne se colore pas, comme la quinidine, avec le chlore et l'ammoniaque. Un mélange de quinidine et de cinchonidine est très-facile à reconnaître, parce que la quinidine s'effleurit sans changer de forme, tandis que les cristaux de cinchonidine ne changent pas d'aspect.

M. Pasteur a traité la quinidine et la cinchonidine de la même manière que la quinine et la cinchonine, et il a reconnu que ces bases se transforment en *quinicine* et *cinchonicine*.

D'après ces expériences, on est en droit de supposer qu'il existe dans les quinquinas quatre alcalis principaux, la *quinine*, la *quinidine*, la *cinchonine* et la *cinchonidine*, qui ont la propriété de se transformer, la quinine et la quinidine, en *quinicine*, et la cinchonine et la cinchonidine en *cinchonicine*.

M. Pasteur a encore reconnu que la lumière, et surtout la lumière solaire, faisait éprouver une modification aux bases des quinquinas, en en transformant une partie en quinoïdine. L'altération de ces sels se reconnaît très-facilement à la couleur qu'ils prennent lorsqu'ils sont exposés à une vive lumière. M. Pasteur pense, en outre, que les fabricants de produits chimiques retireraient plus d'alcaloïdes des quinquinas, si les bûcherons qui sont chargés de décortiquer les arbres n'exposaient pas les écorces à l'ardeur du soleil pour les dessécher, car ils ne perdraient que la quinine qui se transforme en quinoïdine pendant la préparation du sulfate de quinine.

Les faits annoncés par M. Pasteur sont extrêmement importants, car ils prouvent non-seulement que les alcalis contenus dans les quinquinas peuvent éprouver des modifications moléculaires telles, qu'ils peuvent se transformer en corps nouveaux, isomères aux corps d'où ils dérivent, et ayant des propriétés caractéristiques très-distinctes; mais encore, que beaucoup de principes immédiats qui ont été tirés des végétaux peuvent fort bien n'être que des modifications isomériques les uns des autres, ou avoir pris naissance sous l'influence des réactifs.

Ces conclusions, tirées des expériences de M. Pasteur, ne doivent pas paraître extraordinaires, car nous savons que ces affinités chimiques sont sans cesse modifiées par les circonstances, et que les éléments, qui doivent constituer une molécule organique sont souvent placés dans une sphère d'attraction telle, qu'ils se groupent toujours, d'après les lois qui régissent les combinaisons dans ces circonstances, et sous l'influence de forces telles, que les corps qui se forment ne sont pas altérés si ces circonstances ne sont pas modifiées.

PRÉPARATION ANTIFÉBRILE.

Le Journal de chimie médicale contient une formule de pilules fébrifuges qui ont été expérimentées à Alger. L'auteur de cette formule, M. Girard, annonce qu'il obtient chaque jour, avec ces pilules, les plus heureux résultats. Il a vu guérir assez promptement des personnes atteintes de fièvres depuis six, douze et dix-huit mois.

Voici cette formule.

Pr. Sulfate de quinine...........	2,25	grammes.
Coloquinte pulv.............	0,75	gramme.
Gomme-gutte..............	0,75	gramme.
Alcool, quelques gouttes.		

Faites une masse pilulaire que vous diviserez en 30 pilules.

On en prend 5 le matin à jeun, pendant trois jours consécutifs, et l'on boit par-dessus un verre de limonade ou une infusion de camomille. On réduit la dose à deux, toujours le matin à jeun, pendant encore six ou huit jours.

Nous n'avons pas l'intention de contester l'efficacité de ces pilules, mais nous croyons pouvoir rappeler qu'il y a déjà bien longtemps qu'on associe les purgatifs et les fébrifuges, et qu'il n'est pas possible d'espérer qu'on parvienne à composer une formule qui sera capable d'agir efficacement dans toutes les circonstances. Ce ne sont pas les préparations antipériodiques qui manquent, mais ce sont les indications nécessaires pour pouvoir les administrer convenablement. Nous savons qu'il est souvent indispensable de faire vomir et de purger les malades avant de leur administrer les antipériodiques, et qu'il ne faut pas les faire vomir et les purger lorsqu'on est parvenu à faire cesser les accès. Nous savons que le quinquina est plus efficace que le sulfate de quinine. Nous n'ignorons pas qu'en fractionnant des doses convenables de fébrifuges, de manière à prendre les dernières parties de la dose une heure avant la fièvre, ou bien, qu'en prenant toute la dose en une fois, une heure avant la fièvre, on obtient d'excellents résultats, etc. Nous savons aussi que les accès reviennent ordinairement du huitième au dixième jour, et qu'il est indispensable de prendre une préparation fébrifuge avant cette époque. Nous savons encore que les ferrugineux (le vin chalibé, par exemple) sont de bons auxiliaires des fébrifuges, mais nous n'avons pas d'expériences assez concluantes pour agir avec sécurité dans toutes les circonstances, et il est probable qu'on réussirait plus souvent à guérir certaines fièvres intermittentes, si l'on connaissait le moment opportun pour administrer les antipériodiques.

Nous ajouterons que nous regrettons que l'auteur de ces pilules n'ait pas cru devoir les doser convenablement. S'il avait cherché à connaître le poids du sulfate de quinine qui est contenu dans les cinq pilules qu'il conseille de faire prendre, il aurait reconnu qu'elles renferment 0,375 grammes de sulfate, et il les aurait probablement dosées de manière qu'elles continssent plus de 75 milligrammes de sulfate de quinine chacune.

SUR LA PRÉPARATION DU BAUME TRANQUILLE.

M. Bourgeois, de Faverdaz, pense que les pharmaciens doivent modifier la préparation de cette huile médicinale de la manière suivante :

Prenez 250 grammes de poudre grossière des plantes prescrites par le Codex ; humectez cette poudre avec 60 grammes d'eau, ajoutez 100 grammes de liqueur d'Hoffmann, laissez macérer dans un vase parfaitement bouché pendant vingt-quatre heures, puis versez le tout dans un appareil à déplacement en verre, dans la douille duquel on a mis un peu de foin, et versez ensuite, peu à peu, 2 kilogrammes d'huile d'olive d'abord froide, puis chaude, puis bouillante.

Il y a déjà longtemps qu'on a proposé de préparer le baume tranquille avec les plantes sèches, et M. Huraut a donné, en 1848, un procédé beaucoup plus simple et bien préférable à celui de M. Bourgeois que nous avons signalé.

On a déjà beaucoup écrit sur le baume tranquille, et les pharmaciens qui ont publié des observations sur cette préparation n'ont jamais fait connaître le moyen d'empêcher le baume tranquille de laisser déposer, quelque temps après la préparation, des flocons qui troublent sa transparence. Nous profitons de cette occasion pour recommander aux pharmaciens qui désirent faire disparaître cet inconvénient, d'ajouter au baume tranquille, lorsqu'il est terminé, 30 grammes d'amidon pulvérisé par 3 kilogrammes d'huile employée, de chauffer le baume pendant quelques instants, de le laisser refroidir, etc. Si on veut le chauffer au bain-marie, il faut le laisser sur le feu pendant une heure.

INJECTION POUR COMBATTRE LA BLENNORRHAGIE.

M. Bourgeois recommande la formule qui suit :

Pr.	Baume de Tolu............	10 grammes.
	Sous-acétate de plomb liquide.	10 grammes.
	Huile de lin...............	125 grammes.

Pulvérisez le baume de Tolu, ajoutez 10 grammes d'huile, puis les 10 grammes d'extrait de saturne, et enfin le reste de l'huile.

Cette quantité suffit pour un traitement. L'auteur recommande de diminuer les doses de baume et de sous-acétate suivant l'intensité de la maladie.

LINIMENT CONTRE LES RHUMATISMES.

Le même auteur public encore cette formule :

Pr. Ether sulfurique............	15 grammes.
Teinture de savon...........	40 grammes.
Teinture d'opium...........	15 grammes.
Alcoolature d'aconit.........	25 grammes
Huile camphrée.............	100 grammes.
	195 grammes.

F. S. A.

Il est fâcheux que l'auteur n'ait point cherché, en inscrivant les chiffres qui représentent les poids des substances employées, à doser convenablement la préparation. Elle est composée de principes qui doivent soulager quelquefois les malades.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ÉTUDE DE L'ACTION CHIMIQUE DU PERCHLORURE, DU PERSULFATE ET DU PERAZOTATE DE FER SUR LES PRINCIPES FIBRINO-ALBUMINEUX DU SANG.

L'intérêt que vous portez à la question de l'emploi du perchlorure dans la pratique chirurgicale me fait espérer que vous voudrez bien insérer dans votre précieux recueil le travail suivant.

Ce Mémoire se divise en trois parties :

La première comprend une série d'expériences ayant eu pour but de donner un tableau comparatif entre le pouvoir coagulant du perchlorure de fer et celui de toutes les substances employées ou proposées jusqu'à ce jour comme agents coagulateurs du sang ou hémostatiques ; dans la seconde, je rends compte de l'examen chimique du sang coagulé par le perchlorure de fer (1); enfin dans la troisième, j'ai rassemblé,

(1) L'étendue du travail de M. Burin du Buisson nous force à supprimer cette partie de son Mémoire, et à remettre au prochain numéro la publication d'une note complémentaire sur l'examen microscopique du caillot sanguin fourni par le perchlorure. (*Note du rédacteur en chef.*)

parmi les faits observés, tout ce qui peut intéresser, à un degré quelconque, l'application du nouvel agent hémostatique à la guérison de l'anévrysme chez l'homme.

Partant de ce dernier point de vue, qui est celui dont nous avions surtout à nous préoccuper, conformément aux désirs de M. Pravaz, et pour chercher à résoudre la première et importante partie de notre travail, nous avons voulu nous placer dans les conditions les plus favorables, en faisant nos essais sur du sang vivant pris immédiatement à sa sortie de la veine.

A cet effet, nous nous sommes adressé à M. le docteur Barrier, qui, avec l'obligeance qui le caractérise, s'est empressé de nous permettre de faire nos essais à l'Hôtel-Dieu, dans la salle même où se donnent deux fois par semaine les consultations de médecine et de chirurgie.

M. le docteur Pravaz étant absent de Lyon, nous avons été privé, bien à regret, de son concours et de son expérience ; mais nous avons eu le plaisir d'être assisté par M. le docteur Pétrequin, qui déjà avait participé aux premiers essais de M. Pravaz.

Nos expériences ont été faites, de plus, avec l'aide intelligente de notre ami M. le docteur Paul Delorme et en présence de plusieurs internes et d'un grand nombre d'élèves, tous empressés à nous être utiles.

Les substances hémostatiques employées étaient toutes, autant que possible, à l'état de dissolution de densité égale à celle des sels ferriques employés.

Deux verres à expériences, avec étiquettes, étaient disposés pour chaque réactif à essayer.

Le sang, en sortant de la veine, était reçu dans une éprouvette graduée, entourée d'un linge mouillé et chaud ; — un centilitre de sang était versé pour chaque essai dans un des verres, qui étaient tous également chauffés, afin de maintenir le sang vivant et liquide le plus longtemps possible.

Les choses ainsi disposées, nous avons pu obtenir les résultats que nous allons exposer dans les deux tableaux ci-après.

SELS FERRIQUES LIQUIDES.

Perchlorure de fer 45°, 7 gouttes (1 centilitre de sang) : coagulation très-avancée.

— — 10 gouttes : la coagulation est complète (1).

(1) Par le mot *coagulation* nous entendons dire ici que toute la masse sanguine a été transformée en un *magma* solide. — Dans toutes les expériences ci-dessus, on a facilité la réaction du sel ferrique sur le sang, en agitant le mélange avec un tube de verre plein.

Perchlorure de fer et de sesqui-oxyde de manganèse 40°, 7 gouttes : coagulation très-avancée.

Perchlorure de fer et de sesqui-oxyde de manganèse 40°, 10 gouttes : le mélange est pris en une masse plus ferme que celle obtenue avec le perchlorure de fer à 45°.

Perchlorure de fer 30°, 8 gouttes : la coagulation est incomplète.

— — 10 gouttes : coagulation complète, la consistance est moyenne.

Perchlorure de fer et de manganèse 30°, 8 gouttes : coagulation très-avancée.

— — 30°, 10 gouttes : le mélange se prend en masse de bonne consistance.

Persulfate de fer 45°, 7 gouttes : même résultat qu'avec le perchlorure à 45°.

— — 10 gouttes : coagulation complète.

Persulfate de fer 30°, 8 gouttes : même résultat qu'avec le perchlorure de même densité.

Persulfate de fer 30°, 10 gouttes : coagulum complet.

Perazotate de fer 45°, 5 gouttes : coagulation très-avancée.

— — 10 gouttes : le mélange se prend en masse ferme.

Perazotate de fer 30°, 3 gouttes : la masse sanguine n'est pas complétement coagulée.

Perazotate de fer 30°, 10 gouttes : la coagulation est complète.

RÉACTIFS DIVERS.

Chlorure de zinc 40°, 10 gouttes (1) : le sang (1 centilitre) prend l'apparence d'un *magma* crémeux, demi-fluide, d'une belle couleur vermillon.

Tannin 30°, 15 gouttes : formation de grumeaux albumineux ; le sang, sensiblement épaissi, prend une couleur purpurine.

Eau de Pagliari : 5 grammes de cette préparation donnent un précipité albumineux.

Eau de Brochieri : 5 grammes donnent des résultats moins sensibles qu'avec le liquide précédent.

Alcool 40°, 15 à 20 gouttes : précipité albumineux nageant dans une grande masse d'un liquide incolore.

Acide acétique concentré, 10 gouttes : le sang est complétement coagulé sous forme d'un extrait non homogène.

Acide citrique 45°, 10 gouttes : coagulation très-avancée, sous forme d'extrait grumeleux.

Créosote, 10 gouttes : gelée sans consistance, de couleur brique, avec des nuances violacées ; on sent des grumeaux au toucher.

Ergotine-Bonjean ; pas d'action sensible ; le caillot naturel, qui se forme après un certain temps, semble plus consistant.

Bichlorure de mercure : coagulation incomplète ; la masse épaissie renferme des grumeaux consistants.

Solution aqueuse d'iode iodurée : le sang est un peu épaissi, mais non coagulé ; on remarque des grumeaux albumineux.

Alun : le sang est épaissi légèrement.

Acide azotique : le sang est épaissi et désorganisé.

(1) Comme pour les sels ferriques, l'action des divers réactifs sur le sang a été facilitée par l'agitation.

Acide chlorhydrique : caillots floconneux dans un liquide blanc qui ne tarde pas à se colorer.

Protochlorure de fer 30°, 10 gouttes : pas d'action coagulante, coloration violette.

Protosulfate de fer 30°, 10 gouttes : pas d'action sensible.

Protochlorure de manganèse 30°, 10 gouttes : même résultat négatif que le précédent.

Citrate de peroxyde de fer 30°, 10 à 20 gouttes : aucune action coagulante.

Lactate de protoxyde de fer : aucune action coagulante ni aucun précipité apparent.

Après avoir fait l'examen comparatif des réactions ci-dessus, travail qui a duré trois séances, nous en avons employé une quatrième à défibriner, par le battage, le sang de deux saignées, que nous avons ensuite passé à travers un linge fin pour séparer la fibrine tenue en suspension ; après quoi le sang, ainsi défibriné, a été soumis à l'action des réactifs ci-dessus.

Cette nouvelle série d'expériences nous a donné des résultats différant à peine de ceux obtenus avec le sang pris au sortir de la veine ; seulement les coagulums obtenus avec des quantités égales de réactifs paraissaient avoir un peu moins de consistance avec le sang défibriné.

D'autre part, pour faire en quelque sorte la contre-épreuve de nos expériences, nous avons maintenu du sang à l'état liquide en le recevant à sa sortie de la veine dans un flacon chaud, au fond duquel se trouvait un peu de sulfate de soude ; — en agitant pour faciliter la dissolution du sel sodique, nous avons pu obtenir de cette manière 5 à 600 grammes de sang liquide, qui s'est comporté exactement comme le sang vivant avec les réactifs ci-dessus, ce qui nous a permis de contrôler très-rigoureusement, dans notre laboratoire, les expériences faites à l'Hôtel-Dieu, et de construire ainsi sur des données certaines les tableaux qui précèdent.

Au premier coup d'œil que l'on jette sur ces tableaux, on remarque aussitôt que de tous les corps connus jusqu'à ce jour comme exerçant une propriété coagulante sur le sang, aucun n'approche de l'action merveilleuse par son énergie et son instantanéité du perchlorure de fer, à l'exception du persulfate et du perazotate de la même base, dont la manière d'agir est exactement identique; et l'on reconnaît, de plus, que cette propriété ne tient nullement à l'acide libre que ces sels contiennent presque toujours, car ceux dont nous nous sommes servi dans nos expériences avaient été neutralisés avec le plus grand soin.

On remarque également dans nos deux tableaux comparatifs que du perchlorure de fer, contenant un tiers de son poids de sesquichlo-

rure de manganèse, paraît exercer sur le sang une action coagulante encore plus énergique que celle du perchlorure de fer (1).

Cette dernière particularité intéressant plus particulièrement M. Pétrequin et moi, j'aurais désiré beaucoup, pour la trancher, m'assurer de l'action sur le sang du sesquichlorure et du perchlorure de manganèse purs; mais le temps m'a manqué pour préparer ces deux composés, fort difficiles à obtenir du reste : je me réserve de revenir plus tard sur ce point.

Quant aux protosels de fer et de manganèse, pas plus que les sels de peroxyde de fer avec un acide organique, et ce dernier fait est digne de remarque, ils n'ont ni les uns ni les autres aucune action coagulante proprement dite sur le sang.

On voit également que la plupart des autres substances essayées comparativement sur le sang, n'ont que fort peu ou point d'action coagulante sur cette humeur, à l'exception pourtant des acides acétique et citrique.

Ce dernier, en effet, avait déjà été proposé par M. le docteur Pétrequin, comme agent coagulateur dans la cure des tumeurs sanguines. (Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXV, p. 66.)

Nous avons, en effet, constaté expérimentalement la propriété coagulante sans altération des acides acétique et citrique sur le sang, signalée par ce savant praticien; mais nous devons ajouter que l'emploi du perchlorure de fer, dont le pouvoir coagulateur est, d'ailleurs, beaucoup plus grand, est entièrement préférable à celui des deux premiers acides, ainsi que nous le démontrerons plus loin; et nous ajouterons, dès à présent, que si la nouvelle méthode curative est destinée à réaliser les espérances qu'elle fait naître, le succès sera dû à l'emploi du perchlorure de fer, comme moyen coagulateur du sang.

Examen du sang coagulé par le perchlorure de fer.—Lorsqu'on verse goutte à goutte d'une solution concentrée de perchlorure de fer dans du sang chaud et vivant, au moment même où la goutte touche au sang, on voit se former à sa surface un coagulum de couleur brune, qui se prolonge à travers la masse du sang, jusqu'au fond du verre à expériences que gagne la solution ferrique, dont la pesanteur spécifique est plus grande que celle du sang.

Le réactif, en traversant ainsi la masse du fluide sanguin, se construit une sorte de tube renflé à ses deux extrémités, dont les parois sont

(1) Pour s'assurer du fait qui précède, il est indispensable de se servir d'un chlorure double de fer et de *sesquichlorure* de manganèse, car le protochlorure de manganèse n'a aucune action coagulante sur le sang.

solides, tandis que le milieu est creux, et que le renflement du fond du vase contient encore du réactif à l'état liquide. Et si l'on continue à maintenir le sang fluide, et à l'abri du contact de l'air, autant que possible, on voit le coagulum augmenter peu à peu de volume, jusqu'à absorption et saturation complète du perchlorure ajouté.

Si l'on verse de la même manière de la solution ferrique dans du sang chaud, mais en agitant le mélange avec une baguette de verre, on voit que 5 à 7 gouttes suffisent pour faire prendre en masse, et 7 à 8 gouttes pour solidifier complétement un centilitre de sang. Cette masse se présente alors sous l'apparence d'un extrait grumeleux, très-épais, d'une couleur rouge brun, que trois gouttes de réactif rendent presque sec et pulvérulent, comme le sang qui a longtemps bouilli dans l'eau. Un grand excès de perchlorure le durcit encore, en lui donnant une couleur moins foncée.

Lorsqu'on lave avec précaution, dans de l'eau pure, du sang solidifié par du perchlorure de fer, on s'aperçoit de suite que l'eau en dissout une certaine proportion à chaque lavage nouveau. Ainsi lavé et exprimé, le caillot se trouve avoir perdu de sa consistance, et se laisse diviser facilement par le broyage dans un mortier de porcelaine; sa couleur est brune, vu en masse; mais translucide, vu par transparence, et d'une couleur rouge-brun.

Si on le chauffe avec de l'eau dans cet état, il s'y dissout rapidement et complétement, en donnant un liquide limpide de couleur rouge-grenat.

Cette solution est précipitée de nouveau par une nouvelle addition de perchlorure de fer, sous forme de flocons volumineux de couleur brune, nageant au milieu d'un liquide incolore.

En résumant les propriétés du coagulum ferrique et celles de sa solution aqueuse, on voit que ce dernier est soluble dans l'eau, sans résidu, ce qui doit faire éloigner toute idée de carbonisation, et que cette solution donne, par l'azotate d'argent, un précipité de chlorure d'argent; que, de plus, cette solution, évaporée en couches minces sur des plaques de verre, donne une matière transparente présentant toute la saveur du chlorure de fer; d'où nous croyons pouvoir conclure que, dans l'action de la coagulation du sang par du perchlorure, du persulfate ou du perazotate de fer, ce métal se trouve combiné aux matériaux albumineux du sang, à l'état de perchlorure, de persulfate ou de perazotate. Et il ressort de l'examen attentif auquel nous nous sommes livré, de même que M. Lassaigne l'a démontré pour la combinaison du bichlorure de mercure avec l'albumine, et M. Dumas pour les combinaisons du bichlorure avec certains composés organiques, que

dans l'action de la coagulation du sang par les sels ferriques ci-dessus, il se forme une combinaison neutre de ces sels avec les éléments albumineux du sang, dans laquelle le sel ferrique joue le rôle d'acide ou électro-négatif; de sorte que l'on peut dire, comme l'a fait M. Lassaigne pour le bichlorure de mercure, d'après la nomenclature déjà adoptée par M. Dumas, que le coagulum formé est un *chloro-ferrate* ou un *sulfato-ferrate*, ou enfin un *azotato-ferrate* de *fibrine* et d'*albumine*.

L'existence de cette combinaison démontrée, comme cela n'est pas douteux pour nous, et si, d'autre part, on réfléchit à la solubilité de cette combinaison dans des dissolutions alcalines même très-étendues, tandis que les acides la contractent et ne la dissolvent qu'en la désorganisant, il nous sera facile de tirer de ces faits des conclusions d'une grande importance pour l'application du perchlorure de fer à la guérison de l'anévrysme.

En effet, comme nous avons vu, de plus, que l'excès d'acide dans un perchlorure de fer, contrairement à ce qu'on aurait pu être porté à croire avant l'examen sérieux des faits, n'est absolument pour rien dans l'action coagulante du sang par ce sel, puisque le perchlorure neutre possède cette propriété avec une énergie au moins égale, et que, d'autre part, l'excès d'acide agit sur le caillot formé d'une manière excessivement nuisible sous le rapport du travail de résorption qui doit se produire sous l'influence de l'action vitale, puisqu'il tend à le carboniser ou le désorganiser ; enfin, si l'on réfléchit, de plus, à l'action inflammatoire que doit nécessairement produire l'acide chlorhydrique sur les parois de la poche anévrysmale, et même sur les parties adjacentes au point où l'injection a été faite, on en conclura à l'instant qu'il est de la plus haute importance de n'employer, dans la cure de l'anévrysme, que du *perchlorure de fer neutre*, substance qu'il sera facile d'obtenir en y apportant les soins nécessaires, soit en n'employant que du *perchlorure de fer sublimé*, que l'on laisse liquéfier par *deliquium* dans un lieu humide, ou bien encore en laissant digérer longtemps à une douce chaleur du perchlorure de fer liquide sur un excès d'hydrate de peroxyde de fer très-pur.

Nous croyons avoir la certitude qu'en privant ainsi le perchlorure de fer de tout excès d'acide, on aura éloigné la cause principale des accidents secondaires qui peuvent survenir en grande partie, selon nous, à la suite de l'injection du perchlorure de fer, par le fait seul de l'action irritante de l'acide en excès ou libre, accidents que ce dernier, dans tous les cas, ne peut qu'aggraver.

Et si l'on réfléchit, de plus, à l'action dissolvante des alcalis sur le

caillot chloro-ferrique, que les acides contractent au contraire, et en tenant compte aussi de l'action identique des premiers et des derniers sur le caillot sanguin naturel, tant formé spontanément que par l'action de la chaleur, n'est-on pas porté à se demander si, dans le travail de résorption qui se fait sous l'influence de l'action vitale, lorsque, par un accident fortuit, le sang a été coagulé sur un point quelconque de l'économie animale, les alcalis naturels, ou, pour parler plus sagement, l'alcalinité naturelle du sang n'exercerait pas dans ce phénomène de l'organisme une action analogue à celle que nous avons observée dans nos expériences de laboratoire?

En résumé, le perchlorure de fer neutre est une substance *styptique*, *tannante*, mais sans action caustique ou corrosive proprement dite sur les tissus vivants, d'une innocuité absolue (1), et pouvant, étendue d'eau ou d'un liquide approprié, être prise à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes, sans aucun danger. Ce corps possède, avec le persulfate et le perazotate de fer, la propriété très-remarquable de coaguler instantanément le sang en formant directement, avec les éléments albumineux de ce fluide, une combinaison chimique soluble dans l'eau chaude, et soluble à froid dans les solutions alcalines, pouvant être résorbée peu à peu sans danger pour l'économie, et n'étant susceptible, à cause de ses propriétés physiques et chimiques, lorsque le perchlorure employé pur est bien préparé, que de produire une excitation modérée sur les parois de la poche anévrysmale.

Il résulte de plus de nos essais que huit gouttes de solution chloro-ferrique à 30 degrés Baumé sont nécessaires pour solidifier convenablement 1 centilitre de sang veineux ; mais comme le fluide sanguin qui fait partie des tumeurs anévrysmales est presque toujours beaucoup plus épais, sans doute parce qu'une grande portion de ce sang est toujours plus ou moins stagnante, nous croyons que la dose de cinq gouttes de solution neutre à 30 degrés peut être admise pour chaque centilitre de sang environ, dans le traitement des anévrysmes.

Nous croyons donc devoir répéter encore, en terminant, que si la méthode du traitement de l'anévrisme chez l'homme par l'injection d'un liquide hémostatique est destinée, comme il est permis de le croire aujourd'hui, à prendre rang parmi les conquêtes les plus précieuses de

(1) Dans le principe, nous avions préparé notre perchlorure à la densité de 45 degrés (Baumé) ; mais aussitôt que nous avons eu reconnu toute l'importance d'avoir un sel exempt d'acide, nous avons bien vite adopté le poids spécifique de 1,261,00, l'eau =1,000, ou 30 degrés Baumé, parce qu'au-dessus de cette densité il est impossible de conserver ce sel sans lui laisser un excès d'acide.

l'art de guérir, l'honneur de ce succès revient tout entier à M. Pravaz, qui a découvert dans le perchlorure de fer le véritable agent coagulateur du sang.

Mais ce n'est pas seulement pour le traitement de l'anévrysme, maladie fort heureusement très-rare, que la découverte de la propriété coagulante si puissante du perchlorure de fer sur le sang est précieuse ; c'est aussi comme liquide hémostatique dans les hémorrhagies accidentelles ou autres, internes ou externes, que cette substance est appelée à rendre les plus grands services aux médecins, dont elle sera, d'ici à très-peu de temps, le *vade mecum* obligé.

BURIN DU BUISSON,
Pharmacien à Lyon.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ascite, liée très-probablement à une cirrhose du foie, traitée avec succès par l'emploi de la teinture de colchique d'automne à haute dose.— Bien que nous soyons fort loin de cette époque où l'emploi des purgatifs était considéré comme une pratique désastreuse et meurtrière, peut-être les médecins de nos jours mettent-ils dans la dispensation de ces médicaments une réserve et une prudence trop grandes, qui les empêchent d'en retirer tous les avantages possibles et désirables. C'est dans les anciens auteurs, et dans Sydenham en particulier, qu'on trouve à cet égard des règles précises et dignes d'être prises en grande considération. « Les purgatifs qui agissent faiblement, dit Sydenham, sont plus nuisibles qu'utiles dans toutes sortes d'hydropisies ; car, comme ils remuent les humeurs sans les évacuer, qu'ils agitent le sang et l'affaiblissent, ils ne produisent d'autre effet sur l'enflure que de l'augmenter encore, particulièrement celle des pieds. Ainsi, les purgatifs violents et hydragogues sont en général meilleurs dans l'hydropisie... Lorsqu'on emploie les purgatifs dans l'hydropisie, il est extrêmement important de vider les eaux le plus promptement que l'on peut, eu égard aux forces du malade; c'est-à-dire qu'il faut purger tous les jours, à moins que la grande faiblesse du malade ou que l'effet trop violent d'une purgation n'oblige quelquefois de mettre un ou deux jours d'intervalle entre les autres ; car si on ne les réitère que de loin en loin, elles auront beau évacuer abondamment, elles n'empêcheront pas un nouvel amas d'eau, et on perdra par ces délais tout le fruit qu'elles auront produit... Cette raison et celles que j'ai rapportées plus haut montrent qu'on doit évacuer les

eaux des hydropiques le plus promptement qu'il est possible, et continuer les purgatifs jusqu'à ce qu'il ne reste du tout plus d'enflure. » (Traité de l'hydropisie.)

On sait que Sydenham plaçait au premier rang parmi les hydragogues propres à combattre avec le plus d'efficacité les hydropisies, le sirop de nerprun, l'élatérium et le safran des métaux. Soit que le colchique n'eût pas été essayé par Sydenham dans les hydropisies, soit qu'il n'en eût pas retiré de bons effets, toujours est-il que ce médicament n'est pas mentionné par ce médecin. En revanche, depuis Storck, bon nombre de médecins en ont signalé les propriétés à la fois purgatives et diurétiques, et l'on ne peut s'expliquer le délaissement dans lequel ce précieux médicament est tombé aujourd'hui que par l'idée fausse que l'on se fait des dangers de son emploi à haute dose, c'est-à-dire dans les seules circonstances où son action thérapeutique puisse s'exercer convenablement. Nous avons été témoin, il y a quelque temps, dans le service de M. Aran, à la Pitié, d'un fait qui, en même temps qu'il montre toute la vérité des préceptes posés par Sydenham relativement au traitement des hydropisies, nous paraît mettre hors de doute les avantages du colchique d'automne dans les cas de ce genre.

Jeansson (Pierre-René), âgé de cinquante ans, teinturier, entre à l'hôpital de la Pitié le 26 avril (salle Saint-Paul, nº 4). Cet homme, d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fait souvent des excès de boisson : dans la semaine il ne boit qu'un litre ou trois chopines, mais le dimanche et les jours de fête il lui arrive de boire jusqu'à quatorze et quinze litres de vin dans la journée. Depuis trois ou quatre mois sa santé a commencé à s'altérer : il a maigri, a perdu l'appétit, a été constipé, sans douleur dans le ventre. Il y a six semaines ou deux mois au plus, il a commencé à s'apercevoir, en boutonnant son pantalon, que son ventre était plus volumineux, ce qui gênait la respiration. A mesure que l'abdomen s'est distendu de jour en jour davantage, les digestions sont devenues plus difficiles et la respiration plus gênée. Depuis trois semaines, il a de la toux et de l'enrouement, mais sans fièvre. La toux s'étant exaspérée dans les derniers jours, le malade entre à l'hôpital.

A son entrée, on constate une ascite énorme; le ventre considérablement distendu, avec refoulement des fausses côtes en dehors, et mesurant dans sa circonférence, à un travers de doigt de l'ombilic, 89 centimètres, fluctuant dans toute son étendue, indolent, excepté à la région épigastrique et dans l'hypocondre droit, donnant de la sonorité à la percussion dans une partie de la portion sus-ombilicale. Le foie, sans être très-volumineux, dépassait le rebord des fausses côtes.

Langue rosée, couverte d'un enduit blanchâtre; haleine fétide, bouche amère, muqueuse buccale un peu injectée; pas de nausées ni de vomissements. Signes d'emphysème avec bronchite. Gêne de la respiration. Rien vers le cœur, qu'un peu de prolongation du premier bruit. Amaigrissement; fond du teint jaunâtre; arborisations fines sur la face, les pommettes et le bout du nez. Pouls à 60; les urines sont diminuées depuis deux jours. (Sulfate de soude 45 grammes, tartre stibié 0,10 dans un litre de bouillon aux herbes; 10 ventouses scarifiées sur la région du foie.) L'éméto-cathartique détermina des vomissements et des garderobes; les ventouses avaient donné 125 grammes de sang légèrement couenneux; le ventre était un peu moins sensible. M. Aran revint au purgatif : sirop de nerprun, huile de ricin ãã 30 grammes, huile de croton 2 gouttes). Ce purgatif eut plus d'effet que le précédent : 20 garderobes. Ventre plus souple, fluctuation plus appréciable. Nouveau purgatif: huile de ricin 30 grammes, huile de croton 2 gouttes. Le 30 avril, julep avec eau-de-vie allemande 20 grammes, et teinture de semences de colchique 10 grammes. Cette potion fut suvie d'abondants vomissements dans la nuit, qui tracassèrent beaucoup le malade; quatre garderobes seulement; il était beaucoup mieux sous le point de vue de l'épanchement. (Potion avec sirop de morphine 30 grammes, chiendent avec acétate de potasse 4 grammes.) Il dormit la nuit suivante, ce qui ne lui était pas encore arrivé depuis son entrée à l'hôpital. (Potion avec sirop de nerprun, huile de ricin ãã 30 grammes, huile de croton 2 gouttes.) Le 3 mai, 2 gouttes d'huile de croton en 2 pilules. Du 5 au 9 mai, le malade prit des bains tous les jours, avec 1 kilogr. de sel de nitre.

Cependant le ventre restait encore tendu, et les urines, qui étaient toutefois claires et transparentes, n'étaient pas très-abondantes. Dans ces circonstances, M. Aran pensa qu'il y avait lieu, malgré la répugnance du malade, de reprendre les purgatifs et d'en continuer l'usage jusqu'au moment où l'épanchement serait entièrement résorbé. Le 11, il lui prescrivit 5 grammes de teinture de semences de colchique dans un julep, avec 30 grammes de sirop de morphine; ce julep détermina 7 garderobes liquides comme de l'eau; mais l'effet le plus remarquable se porta vers l'appareil urinaire : le malade urina au moins 20 fois dans les 24 heures. La potion fut continuée le 12 : il y eut 12 garderobes dans la journée, 7 dans la nuit, 2 vomissements. Le ventre était sensiblement plus souple; le malade était très-fatigué, ses traits étaient altérés. On suspendit le colchique pendant trois jours; mais pendant deux jours encore les évacuations alvines et urinaires continuèrent à être très-abondantes. La teinture de colchique fut re-

prise, à la dose de 5 grammes également, le 16 mai : il y eut 10 garderobes; le lendemain, la même dose en produisit 30. Force fut de diminuer à 2,50 grammes. A partir de ce moment, les garderobes se maintinrent dans des limites plus modérées; cependant il y eut encore, le 19 mai, 12 ou 15 garderobes et autant de mictions, avec quelques vomissements. Chaque jour le niveau de l'épanchement baissait un peu. Le 20, il restait à peine du liquide dans l'abdomen. Le malade étant très-faible, on lui donna 200 grammes de vin de Bagnols; cette quantité fut portée à 250 grammes le lendemain, et il fallut même y joindre de la limonade vineuse, tant les évacuations causées par le colchique produisaient chez lui un état d'affaissement profond; le malade avait d'ailleurs la conscience qu'il trouvait dans ces boissons vineuses le moyen de résister à ces énormes déperditions alvines et urinaires. Le 22 mai, la teinture de colchique fut réduite à 1 gramme 50, et continuée à cette dose jusqu'au 27. Dans cet intervalle, et bien que le malade fût tracassé par une recrudescence de la bronchite, les évacuations continuèrent; mais, dès le 22, il était impossible de retrouver du liquide dans la cavité abdominale, et il ne s'en est pas reproduit depuis.

On a gardé encore le malade à l'hôpital quelques jours après la guérison de son ascite, tant pour le traiter de sa bronchite que pour chercher à le tonifier par un bon régime. Quand il commença à se lever, il avait de l'œdème autour des malléoles, le soir, en se couchant. Quelques frictions générales avec l'alcoolat de mélisse et l'ammoniaque liquide (50 grammes pour 100) en firent justice en quelques jours. Une particularité assez remarquable, c'est qu'après la cessation de la teinture de colchique, la diurèse et les évacuations aqueuses continuèrent encore quelques jours et sans aucune colique; il n'y en avait jamais eu d'ailleurs, même au milieu du traitement. Jeansson a quitté l'hôpital le 8 juin, en très-bon état. Depuis plusieurs jours il restait continuellement debout, tant dans la salle que dans le jardin; ses forces étaient bien revenues. Le foie dépassait le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt, mais il ne remontait pas au-dessus de la sixième côte; la pression exercée à son niveau était indolente.

Nous nous bornerons à une seule remarque, au sujet de l'observation qui précède. C'est la teinture de *semences* de colchique, c'est-à-dire la préparation de colchique presque uniquement en usage dans les hôpitaux de Paris, qui a été employée si largement et avec tant de succès par M. Aran. Il ne faudrait peut-être pas donner la teinture de *fleurs* à dose aussi élevée, car on pourrait avoir des accidents graves.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BLENNORRHAGIE (*Sur l'emploi des injections d'alun dans la*). Après avoir essayé sur près de deux mille malades tous les moyens préconisés, M. Bonnafont, médecin principal au Gros-Caillou, s'est arrêté à la médication suivante, qui, depuis plus d'un an, ne cesse de lui donner, dit-il, les meilleurs résultats. 1° Calmer l'irritation urétrale par des bains, un régime approprié et surtout par des boissons délayantes et nitrées prises en grande quantité (deux litres par jour). Quand l'émission des urines n'est plus douloureuse, faire prendre matin et soir 30 grammes de poivre de cubèbe délayé dans 90 grammes d'un liquide quelconque. L'eau simple est celui que les malades préfèrent. En même temps qu'on administre le cubèbe, il faut employer les injections urétrales suivantes :

N° 1. Eau distillée...... 250 grammes.
Sulfate d'alumine. 6 grammes.
Mêlez.
N° 2. Sulfate d'alumine.. 8 grammes.
N° 3. Sulfate d'alumine.. 12 grammes.
N° 4. Sulfate d'alumine. 16 grammes.

Dans la même quantité d'eau. On injecte pendant trois jours la première préparation, puis pendant le même temps la deuxième, puis la troisième, et enfin la quatrième, que l'on continue jusqu'à guérison, en supposant que l'écoulement n'ait pas déjà cédé. Douze jours suffisent le plus ordinairement pour guérir les gonorrhées les plus rebelles. Une condition essentielle pour l'efficacité de ce traitement, est d'attendre que l'inflammation urétrale ait disparu ou qu'elle soit dans son déclin. (*Union médicale*, septembre.)

DENTS (*Maux de*). *Leur guérison par les vomitifs.* La carie, à elle seule, ne comprend pas tous les éléments du mal, aussi la considère-t-on seulement comme une cause permanente. Pour produire le mal de dents il faut une cause déterminante, et cette cause peut varier suivant une foule de circonstances ; de là, les différentes variétés d'odontalgies admises par les auteurs ; et de là aussi la nécessité de traiter souvent le mal ailleurs que dans la dent malade. M. César Frédéricq, de Gand, appelle l'attention des praticiens sur la variété d'odontalgie qui lui paraît symptomatique d'un état saburral de l'estomac et sur les bons effets qu'il a obtenus, dans ces cas, de l'emploi des vomitifs. L'ipéca administré à dose vomitive nous a offert, dit-il, les succès les plus inattendus. Nous l'avons vu réussir là où tout avait échoué, dans les cas mêmes où l'avulsion de la dent malade n'avait pas eu d'effet, et toutes les personnes que nous avons vues guérir par les vomitifs ont été après exemptes du mal de dent durant longtemps. Les sympathies étroites qui lient l'estomac et le cerveau suffisent pour faire comprendre qu'une révulsion, qu'une modification imprimée à l'estomac, peut produire un retentissement dans les nerfs dentaires. Il est donc utile, dans certaines circonstances, de ne pas perdre de vue cette sympathie et le parti qu'on peut en tirer dans le traitement de l'odontalgie et même de certaines névroses céphaliques. (*L'Obs. des sciences médicales*, 1853.)

DIARRHÉE (*Un mot sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans la*). Nous avons inséré dans ce journal les premières recherches de M. Monneret sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée, et nous sommes revenus à plusieurs reprises sur les avantages de ce moyen. Mais au moins faudrait-il qu'on ne l'employât pas indifféremment dans tous les cas. Qu'attendre du sous-nitrate de bismuth, par exemple, dans les cas où des ulcérations nombreuses creusent et sillonnent le gros intestin ; dans les cas surtout où ces ulcérations ont converti l'intestin en un véritable cloaque ? Qu'en attendre encore dans les maladies dans lesquelles la diarrhée constitue un phénomène ordinaire lié à l'évolution habituelle de la maladie, et n'en pouvant pas plus être séparé que l'ombre du corps ? C'est avec cette manière de procéder que l'on compromet, aux yeux des médecins, la réputation la mieux établie des médicaments, et, ce qui est pire encore, que l'on compromet gravement le médicament aux yeux des malades. Nous ne saurions trop le répéter, le sous-nitrate de bismuth ne peut combattre avec succès que des diarrhées liées

à une irritation intestinale légère et surtout à une irritation qui ne repose pas sur un fond d'altération générale de l'organisme. C'est aussi, et nous le voyons avec plaisir, les conclusions auxquelles est arrivé, après de nombreuses recherches, le professeur Schina, de Turin. « 1° Le sous-nitrate de bismuth, dit M. Schina, administré à haute dose, est parfaitement toléré par la muqueuse gastro-intestinale, même lorsqu'elle se trouve dans un état d'irritation; 2° ce médicament réussit spécialement dans les cas de phlogose intestinale, caractérisée par la coloration uniformément rouge obscur de la langue; 3° quand, au contraire, la langue ne présente une coloration d'un rouge vif que sur les bords et à la pointe, le sous-nitrate de bismuth se borne à modifier la diarrhée, qu'il rend moins fréquente et moins abondante, mais il ne la fait pas disparaître complètement; 4° dans les cas de phlogose intestinale liée à une cause générale inhérente à l'organisme, le sous-nitrate de bismuth n'apporte aucun soulagement, parce que la diarrhée est seulement l'expression éloignée d'autres souffrances; 5° sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, les matières excrémentitielles deviennent moins abondantes, prennent une consistance plus grande, une couleur d'un noir verdâtre et quelquefois fuligineuse; 6° la soif diminue beaucoup ou cesse même entièrement par l'emploi du sous-nitrate de bismuth, et ce phénomène paraît devoir être attribué plutôt à une influence spéciale sur l'innervation abdominale qu'à la diminution ou à la cessation de la sécrétion séreuse exagérée de l'intestin, d'autant plus que parallèlement à la diminution de cette sécrétion, la quantité d'urine redevient normale, augmente même, prenant une couleur d'un rouge obscur, qui tient peut-être à la présence dans l'urine d'un peu de sulfure de bismuth; 7° c'est probablement autant à l'action dynamique qu'à l'action mécanique qu'il faut rapporter les succès du sous-nitrate de bismuth dans les diarrhées liées à la phlogose intestinale. » (*Gaz. dell' Assoc. med. Sarda*, août.)

HERPÈS DE LA VULVE (*Diagnostic et traitement de l'*). Ce n'est pas à titre d'affection grave et redoutable que nous croyons devoir parler de l'herpès de la vulve, mais bien à cause des erreurs fâcheuses dans lesquelles elle peut conduire les médecins, en leur faisant croire à une maladie syphilitique là où il n'y en existe pas, et en les engageant par conséquent à faire subir aux malades un traitement antivénérien, sans aucune utilité. L'herpès de la vulve est susceptible en effet de donner naissance à des ulcérations nettement arrondies, à fond grisâtre, que l'on pourrait prendre, faute d'un examen rigoureux, pour des chancres. Cette affection se présente sous deux aspects différents, suivant qu'elle consiste en un ou deux groupes de vésicules, ou bien en un plus grand nombre de vésicules disséminées ou groupées. Quand elles offrent encore l'aspect vésiculeux ou bulleux, le diagnostic n'est pas très-difficile; mais l'aspect vésiculeux ou bulleux a souvent disparu quand on examine les malades. L'affection se traduit alors par une érosion très-superficielle, arrondie, grisâtre, entourée d'une auréole rosée, et se rencontrant soit sur la face externe, soit sur la face interne des grandes lèvres. Quand l'herpès occupe de nombreux points de la face externe et interne des grandes lèvres et souvent même du périnée et de la marge de l'anus, les malades arrivent se plaignant de cuisson brûlante, de douleurs vives au niveau des parties génitales externes, douleurs exaspérées par le contact de l'urine et aussi par la marche. Lorsqu'on examine les parties, on trouve les grandes lèvres plus ou moins tuméfiées et rouges, présentant de nombreuses ulcérations à leur face externe ou interne, se propageant à la marge de l'anus et au périnée, recouvertes ou non de petites croûtes brunâtres et se présentant sous forme de véritables érosions, régulièrement arrondies, à bords nettement découpés, à fond grisâtre, de la largeur d'une très-petite lentille lorsqu'elles sont isolées, plus étendues et régulières quand elles résultent de la réunion de plusieurs ulcérations voisines. Quelques-unes de ces ulcérations peuvent simuler encore mieux de véritables chancres par leurs bords élevés, taillés à pic, par leur fond grisâtre; il n'est pas rare encore de trouver, surtout lorsqu'il y a plusieurs groupes d'herpès, les ganglions lymphatiques de la partie interne des aines tuméfiés et un peu

sensibles à la pression; mais cet engorgement ganglionnaire ne va jamais jusqu'à la rougeur de la peau, et encore moins jusqu'à la suppuration. Ce qui sert surtout à les distinguer des chancres superficiels non indurés, c'est la superficialité des ulcérations, leur aspect grisâtre particulier dû à la présence d'une matière lardacée, épaisse, rugueuse, inégale; leur multiplicité, qui permet presque toujours de trouver des débris de vésicules; la rapidité de la guérison, qui se fait quelquefois en quatre ou cinq jours, sous l'influence des moyens les plus simples; enfin dans les cas tout à fait douteux, la non-virulence du pus, qui ne permet pas l'inoculation. L'herpès reconnaît pour causes prédisposantes l'obésité, les saisons chaudes de l'année, l'âcreté naturelle chez certaines femmes des sécrétions vulvaires, l'époque menstruelle et la grossesse; comme causes occasionnelles, des écoulements vaginaux, la malpropreté, les courses un peu longues et répétées; enfin certaines causes mécaniques, telles que le coït, le viol, la masturbation. Le traitement de l'herpès de la vulve est des plus simples : repos, lotions de morelle refroidie dans les cas très-légers, bains tièdes locaux, cataplasmes émollients, injections émollientes et narcotiques dans les cas plus intenses; et dans les cas où les ulcérations persistent, attouchements superficiels avec le nitrate d'argent ou bien encore avec de l'huile de cade. (*Archiv. génér. de méd.*, août.)

INCONTINENCE D'URINE *chez un enfant, traitée avec succès par les vermifuges.* Les difficultés que l'on rencontre quelquefois dans le traitement de l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants nous engagent à donner place ici au fait suivant, dans lequel l'emploi des vermifuges a débarrassé très-rapidement l'enfant de son incontinence. C'était un enfant de dix ans, affecté d'une incontinence d'urine irrégulière, contre laquelle on avait employé inutilement la plus grande partie des moyens connus, depuis les antiphlogistiques et les émollients jusqu'aux toniques et aux astringents, depuis la méthode de Raspail jusqu'à l'homœopathie. Cet enfant, d'une taille ordinaire, était frêle, un peu maigre; les chairs étaient molles, son œil bleu, sa peau rose; les pupilles étaient dilatées, les paupières légèrement œdémateuses, et les lèvres, comme le reste de la face, portaient l'empreinte d'un tempérament lymphatique, et peut-être même de la constitution scrofuleuse. Toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement, sauf celles relatives à l'appareil urinaire. L'émission des urines était involontaire, la nuit principalement, rarement le jour, et le malade n'avait pas toujours le temps de se revoir, dès que survenait l'excitation qui annonçait l'évacuation de l'urine; enfin, il arrivait quelquefois, mais moins souvent, que l'urine coulait par regorgement, ce qui n'avait jamais lieu que le jour. La nuit, l'enfant n'était averti qu'il avait uriné que par l'humidité qu'il sentait dans son lit. En face de cette immense quantité de médicaments qui avaient été administrés sans profit, M. Suender, faisant attention au léger développement et à la dureté du ventre, et rapprochant ce signe de ceux précédemment énoncés, arriva, par induction, à croire que l'incontinence d'urine pourrait bien être due à une accumulation d'oxyures vermiculaires dans le rectum. Le traitement fut institué en conséquence :

PR. Sucre vermifuge. . . . . 1 50 gr.
Sucre de lait . . . . 4 gr.

Mêlez et divisez en quatre paquets; un chaque jour, dans du chocolat. On fit encore prendre, le soir, à l'enfant, le lavement suivant :

PR. Aloès. . . . . 1 gr.
Infusion de camomille. . 120 gr.
Jaune d'œuf. . . . . n° 1.

M. Suender ne fut pas peu surpris d'apprendre que, dès le deuxième jour du traitement, toute trace de cette incommodité avait disparu. Ce traitement fut cependant continué, par prudence, pendant huit jours. Depuis un an, la guérison ne s'est pas démentie. On ne trouva aucun vestige de vers dans les garderobes. — Dans le deuxième cas, au contraire, chez un enfant de trois ans, qui présentait à peu près les mêmes symptômes, on trouva, dans les garderobes, une quantité considérable d'oxyures vermiculaires. Même succès, chez ce dernier enfant, par le traitement indiqué plus haut; mais il y a eu une rechute un mois après, qui a cédé à une seule dose de sucre vermifuge. Dans les deux cas, l'urine était abondante, limpide et claire

comme de l'eau.—Nous rappellerons à nos lecteurs que le sucre vermifuge est composé de : éthiops minéral, 2 parties; mercure coulant, 3 parties, que l'on triture, pour éteindre le métal, et auxquels on ajoute, sucre, 7 parties. (*El Porvenir medico*, août.)

IODE (*Accidents graves occasionnés par une injection d') dans le foyer d'un abcès symptomatique*. Le fait suivant mérite d'être connu des praticiens ; non pas que nous attachions une très-grande importance aux accidents qui y sont relatés, mais parce qu'il est bon d'être prévenu de leur possibilité, et aussi parce qu'il faut connaître les moyens d'y remédier. On sait que l'iode détermine, vers les membranes muqueuses des voies aériennes, des phénomènes tout particuliers, enchiffrènement, mal de gorge, sécheresse de la bouche, des fosses nasales, et de la gorge d'abord ; puis sécrétion plus ou moins abondante de liquides à la surface de ces cavités, gonflement assez marqué des muqueuses pharyngienne et laryngienne supérieures. En général, ces accidents se maintiennent dans d'assez étroites bornes, et, après vingt-quatre heures au plus, tout est rentré dans l'ordre. Mais il peut arriver, soit par le passage de l'iode en trop grande abondance dans la circulation, soit en vertu de certaines idiosyncrasies, que ces accidents acquièrent un bien plus haut degré d'intensité. M. Nélaton cite, à ce sujet, le fait d'une femme à laquelle il prescrivit un gramme d'iodure de potassium chaque jour, et qui fut prise d'accidents formidables, ayant beaucoup de rapports avec ceux qu'on observe dans l'œdème de la glotte. Il fut assez heureux pour conjurer les accidents par l'emploi exclusif des vomitifs, mais on n'en craignit pas moins un instant d'être obligé d'en venir à la trachéotomie. Un fait analogue s'est passé récemment dans les salles de ce chirurgien, à la suite d'une injection de teinture d'iode :

Un jeune homme, affecté du mal de Pott, portait aux deux cuisses des abcès par congestion. Celui de la cuisse gauche fut ponctionné le 20 juin. Du pus s'écoula en assez grande quantité; puis quand, au moyen de pressions méthodiques, on eut vidé convenablement le foyer, on y injecta, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, la solution iodurée dont ce chirurgien fait usage ordinairement et qui est composée de : teinture d'iode, 1 partie ; eau distillée, 2 parties; iodure de potassium, q. s. pour empêcher la précipitation de l'iode. On injecta le contenu de deux seringues, mais on eut beau presser, il n'en ressortit environ que la moitié, après quoi la canule fut retirée et la petite plaie pansée avec du diachylon. Quatre heures et demie après, le malade éprouva des étourdissements et du trouble dans la vue; bientôt survinrent des vomissements de matières séreuses; malaise extrême; peau humide ; extrémités froides ; pouls petit, filiforme ; respiration accélérée, et tous les signes d'une prostration prononcée. Deux heures après, les vomissements persistaient, mais le pouls s'était relevé. Même état le soir et pendant toute la nuit. Le lendemain, persistance des vomissements, gémissements inarticulés, accablement, gonflement extrême des deux paupières supérieures avec teinte violacée, douleur au fond de la gorge. Le surlendemain, quoique abattu, le malade se sentait un peu plus fort; il accusait plus nettement son mal. On examina la gorge, on n'y trouva que de la sécheresse ; mais la respiration était gênée, surtout pendant l'inspiration. Le malade toussait comme dans le croup, sa voix ne vibrait pas. Le traitement consista en l'emploi de la glace et des boissons glacées, des sinapismes sur les extrémités, des vésicatoires volants appliqués sur les parties latérales du larynx ; et le troisième jour, quand les vomissements furent arrêtés, M. Nélaton prescrivit une pilule d'huile de croton tiglium, pour chasser ce qui restait de teinture d'iode dans les voies digestives. La faiblesse extrême du malade s'était opposée à ce qu'il fît usage des vomitifs. Si cette médication eût échoué, et que l'asphyxie fût devenue imminente, ajoute l'auteur de l'article, l'unique ressource eût été alors la trachéotomie.—C'est sur ce dernier point que nous croyons devoir insister, parce que, dans notre opinion, il doit être extrêmement rare qu'on ait besoin de recourir à un moyen aussi extrême pour combattre les accidents de l'iodisme. De leur nature, ces accidents sont extrêmement fugaces, de sorte que non-seulement nous ne donnerions pas le précepte de pratiquer

la trachéotomie, mais encore nous ne recommandons même pas les vomitifs, les vésicatoires sur les parties latérales du larynx, moyens très-pénibles pour les malades, le dernier surtout, et qui ne peuvent avoir une bien grande influence sur la terminaison des accidents. Boissons glacées, sinapismes promenés autour du cou, sur la poitrine et sur les membres inférieurs, ventouses sèches et, par-dessus tout, les diurétiques à l'intérieur, pour hâter l'élimination de l'iode, tels sont les seuls moyens qui nous paraissent indiqués dans les cas de ce genre, dans lesquels le médecin doit d'autant plus se défendre contre le désir de faire une médication active, qu'en quelques heures, presque sans y rien faire, ces accidents se dissiperont comme d'eux-mêmes. Mais ce qui importe surtout au médecin, c'est d'être prévenu de la possibilité de ces accidents, afin de ne pas les prendre pour autre chose que ce qu'ils sont, et enfin de ne pas les combattre comme tels. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

NÉVRALGIE *de la mamelle*; *tumeur irritable* (*Remarques sur un cas de*), *suivie de guérison*. La névralgie de la mamelle présente deux formes bien tranchées; tandis que l'une cède toujours à un traitement interne bien formulé, l'autre résiste souvent aux moyens les plus divers, même à l'ablation du sein. Ces formes appartiennent-elles à la même affection, et sont-elles seulement deux périodes de la névralgie? Les faits manquent encore pour trancher la question, malgré les lumineuses indications fournies par Ast. Cooper. Il y a donc un intérêt pour la pratique à recueillir les observations au fur et à mesure qu'elles se produisent. A ce titre, nous signalons l'exemple suivant, dû à M. Kirby.

Obs. — Une demoiselle, âgée de trente ans, de constitution grêle, au teint pâle, reçut il y a six mois une contusion au sein droit, qui est d'un très-petit volume. Elle y éprouva depuis lors de vives douleurs, que l'on combattit par des sangsues et d'autres applications, qui lui procurèrent toujours du calme. A l'époque où M. Kirby est appelé à lui donner ses soins, la malade se plaint de souffrances qui reviennent de temps en temps, et s'étendent jusqu'à l'aisselle, à l'épaule et au bras. Elle est très-effrayée de l'idée qu'elle portait un cancer. On peut manier le sein sans y déterminer de douleur; mais deux glandes axillaires paraissent être plus volumineuses que dans l'état normal. Il y a de la constipation; les règles paraissent très-régulièrement, mais le sang coule moins abondamment, elle souffre beaucoup à chaque époque. Un des traits caractéristiques de cette affection, noté dans cette observation, est que la malade pensait constamment à son sein et en parlait continuellement, ce qui lui occasionnait une préoccupation des plus pénibles. Au nombre des moyens ordonnés, nous remarquons une mixture contenant l'infusion de gentiane composée, de la décoction d'aloès et du camphre. Cette médication interne, jointe à l'emploi d'un liniment anodin pour frictionner l'aisselle et l'épaule, suffit pour à amener la guérison.

Ce cas est-il réellement un fait de *tumeur irritable*, comme l'entendait Ast. Cooper? Le diagnostic de la tumeur irritable ne présente aucune difficulté, dit cet illustre chirurgien. En effet, la douleur qui la caractérise (élancements, comme électriques, dans la partie malade), la sensibilité du sein au plus léger attouchement et à toute compression, les souffrances qu'y laisse l'exploration, la distinguent de la tumeur mammaire chronique, du squirrhe, etc. L'insensibilité du sein à la pression chez la malade de M. Kirby nous fait douter que ce praticien ait eu affaire à un de ces cas rebelles de tumeurs irritables; ainsi s'expliquerait le succès des moyens qu'il a employés. Du reste le traitement ne varie pas dans les deux formes de la maladie; son efficacité seule diffère; comme au début de l'affection, surtout quand il n'existe pas de noyau induré dans le sein, le diagnostic différentiel est impossible, il importe donc de traiter avec soin ces névralgies. Le meilleur topique consiste dans un emplâtre composé avec parties égales de cérat savonneux et d'extrait de belladone, ou dans un cataplasme de mie de pain délayée avec une forte décoction de cette plante. Les embrocations avec un mélange à parties égales d'huile et de chloroforme, ou d'éther chlorhydrique, nous ont fourni de bons résultats. Quant au traitement in-

terne, Ast. Cooper vante beaucoup l'usage de pilules composées de 10 centigrammes d'extrait de ciguë, d'autant d'extrait de pavot, et 3 centigrammes d'extrait de stramoine. On peut répéter cette pilule deux et trois fois par jour. Un point fort important est de rétablir la fonction menstruelle; l'emploi des préparations ferrugineuses rend, dans ces circonstances, des services signalés. (*Dublin medical press*, 1853.)

QUINOIDINE (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de la*) *dans les fièvres intermittentes*. Nous revenons toujours avec intérêt sur cette grave question du traitement des fièvres intermittentes, et nous regrettons bien sincèrement que dans notre pays des expériences ne soient pas plus régulièrement suivies avec les succédanés du quinquina, et que surtout on ne reprenne pas sur nouveaux frais les expérimentations avec la cinchonine et la quinoïdine, ou quinine brute. Nous trouvons, par exemple, dans un journal américain, une note de M. le docteur Lewis Slusser, qui pratique sur les bords du canal Fulton, dans l'Ohio, c'est-à-dire dans un pays où les fièvres intermittentes règnent sur une grande échelle et sous tous les types. Dans le traitement des fièvres intermittentes tierces ou quartes, sans complication, je ne connais, dit M. Slusser, aucun médicament égal à la quinoïdine. Dans les fièvres quotidiennes je n'ai pas réussi aussi bien, ce que j'attribue aux courtes intermissions qui s'opposent à ce que l'économie puisse être placée entièrement sous l'influence du médicament. Somme toute, j'ai tenu note de 42 cas, dans lesquels j'ai administré la quinoïdine à des personnes qui habitaient dans mon voisinage et que je n'ai pas perdues de vue. De ces 42 cas, 26 étaient des fièvres quartes, 16 des fièvres tierces, et dans tous ces cas la fièvre a été arrêtée immédiatement. Il y a eu 8 rechutes : 5 parmi les fièvres quartes, entre huit et vingt-huit jours à partir de l'administration du médicament, 3 parmi les fièvres tierces; et tous ces cas ont guéri définitivement, sans récidive, par la quinoïdine. Peut-être, ajoute M. Slusser, le mode d'administration est-il pour quelque chose dans le résultat; car j'ai toujours employé la quinoïdine associée avec d'autres médicaments, comme suit :

Quinoïdine................	32 gram.
Acide tartrique, poudre de quinquina rouge, de cascarille, de valériane, de chaque................	8 gram.
Extrait de quassia amara et de gentiane, de chaque...	16 gram.
Mucilage d'acacia..........	Q. S.

Mêlez pour 480 pilules. — Dose pour un adulte, 16 pilules; deux toutes les trois heures, en commençant immédiatement après l'accès et en continuant jusqu'à ce que les pilules soient épuisées. Pour prévenir les rechutes, il en prescrit six le douzième et le treizième jour, en comptant à partir du premier accès et une quantité semblable les vingt-sixième et vingt-septième jours. (*Philadelphia med. Exam.*, avril.)

STOMATITE MATERNELLE (*Traitement de la*). Sous ce nom, les médecins américains et M. Byford décrivent une forme particulière d'inflammation douloureuse de quelques parties de la muqueuse buccale, maladie particulière, suivant eux, aux femmes qui sont ou vont bientôt être mères, et que nous ne croyons pas avoir jamais été observée en France sur une grande échelle. Bien que l'inflammation de la bouche soit un phénomène considéré comme nécessaire au développement complet de la maladie, elle n'est cependant, en réalité, qu'un symptôme d'un désordre plus général occupant toute l'économie, ou du moins quelques-uns de ses éléments, le sang probablement dont l'altération spéciale réagit sur les solides. La stomatite maternelle est, ainsi que nous l'avons dit, une maladie de la grossesse et de la lactation, apparaissant plus fréquemment quand la femme allaite, surtout si elle est à son premier enfant. Toutefois, il n'est pas rare de la voir se développer pendant le cours d'une première grossesse. Elle se montre sous trois formes différentes, érythémateuse, vésiculeuse et ulcérative de quelque partie de la bouche. Les deux premières envahissent généralement toute la surface interne de la bouche; la troisième se borne ordinairement à la langue. Les deux premières variétés sont ambulantes, se propagent, dans différents cas, à toutes les membranes muqueuses continues avec la muqueuse buccale, ainsi à la trachée et aux poumons, au canal digestif, aux fosses nasales et à leurs tissus, etc.; conduisant ainsi à des

conséquences plus ou moins graves, selon la tendance de la constitution et le degré et le siége de l'inflammation sur diverses surfaces. Le pronostic, au dire de M. Byford, est douteux, même dans les cas favorables en apparence, à raison du caractère envahissant de la maladie. Dans les cas graves, le traitement est de peu d'utilité, si l'on n'y joint le changement de résidence ou le sevrage, ou ces deux conditions à la fois. L'huile de foie de morue et les toniques, spécialement les ferrugineux et un régime nutritif sont la base du traitement dans les cas simples. Les complications demandent naturellement un traitement spécial et approprié à chacune d'elles. Les moyens locaux sont purement palliatifs. — Nous avons cru devoir faire connaître la substance de ce Mémoire de M. Byford sur la stomatite maternelle, pensant qu'il serait assez curieux de voir, avec attention, dans les hôpitaux spéciaux principalement, si l'on n'observe pas quelque fois cette stomatite avec les caractères particuliers que l'auteur lui reconnaît. Toujours est-il que l'auteur nous paraît avoir parfaitement saisi les indications en prescrivant des toniques et des analeptiques, mais surtout en insistant sur la suspension des circonstances particulières dans lesquelles la maladie semble se produire le plus généralement. (*American journal of med.*, et *Revue méd. chir*. août.)

SURDITÉ (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de la glycérine dans le traitement de la*). M. Wakley, dont nous avons fait connaître les premiers essais tentés avec la glycérine dans le traitement de la surdité, établit ainsi les indications de l'emploi de ce moyen. « Il existe, dit-il, un épaississement cuticulaire ou épithélial du méat auditif, affectant tantôt la membrane du tympan seulement, tantôt la totalité du méat auditif externe. Cette altération est accompagnée d'une surdité plus ou moins prononcée, en rapport avec le degré d'épaississement; la sécrétion cérumineuse se suspend; souvent il y a du tintement d'oreilles, du bruit de sifflement ou de chant dans les oreilles, et une sensation de chatouillement dans le méat. Cette affection reconnaît pour cause une prédisposition particulière, l'âge avancé, une inflammation chronique, et surtout un écoulement de longue date, succédant aux fièvres éruptives et aux applications d'escarrotiques et d'irritants. Lorsqu'on examine avec soin l'oreille malade, on trouve le méat auditif sec, luisant et d'un blanc de perle, ayant perdu son élasticité, et la membrane du tympan moirée ou chagrinée, avec quelques petites saillies à sa surface. M. Wakley a modifié quelque peu l'application de la glycérine; voici comment il procède: après avoir nettoyé avec soin le méat avec de l'eau tiède et l'avoir bien desséché avec un peu de coton porté au bout d'une pince, il verse un peu de glycérine dans le méat et il bouche l'orifice avec un tampon de gutta-percha, préalablement ramolli dans l'eau très-chaude. Le tampon durcit en se refroidissant et empêche l'entrée de l'air et la sortie de la glycérine. Tous les matins on revient au même procédé, et on passe sur la membrane du conduit un stylet d'argent boutonné, introduit au moyen du spéculum *auris*, de manière à s'assurer des effets produits par la glycérine. Sous son influence, le méat perd peu à peu son aspect luisant et perlé, des morceaux de la membrane se séparent et sont détachés facilement avec une pince ou par une injection. Ce traitement dure ordinairement de deux à quatre semaines, et les résultats en sont généralement satisfaisants, sans douleur ni inconvénient. A la suite de ce traitement, les malades doivent humecter leur canal auditif, au moins une fois par semaine, avec de la glycérine, appliquée au moyen d'un pinceau de blaireau très-doux. Le mode d'action est assez simple : la glycérine est maintenue constamment en contact avec les parties, et agit mécaniquement, en absorbant ou en pénétrant la tunique épithéliale, et en séparant cette tunique par fragments. Quant à la durée du soulagement, il est des cas qui réclament toujours la présence de la glycérine comme le meilleur moyen connu pour remplacer la sécrétion naturelle de la membrane de l'oreille externe. L'introduction répétée de la glycérine tend à ramener le méat auditif à ses conditions normales et le rend propre à la transmission des sons. La puissance mécanique dont jouit la glycérine pour amener la séparation des débris d'épithélium est des plus remarquables, ajoute M. Wakley; c'est ainsi que chez une

dame de soixante-dix ans, qui depuis vingt ans avait presque complétement perdu l'ouïe de l'oreille droite, par suite d'une accumulation considérable de débris épithéliaques qui avaient rétréci le calibre du conduit auditif au point de ne pouvoir permettre l'introduction du plus petit spéculum, la glycérine finit par ramollir le tampon épithéliaque, qui se détacha entièrement. Pendant ce traitement, ajoute encore M. Wakley, il est nécessaire de surveiller la santé générale du malade, et surtout on peut employer avec avantage les préparations de fer et les acides minéraux. (*The Lancet.*)

VOMISSEMENTS NERVEUX *opiniâtres guéris par l'emploi de la strychnine.* Hors les cas de paralysies, les effets thérapeutiques de cette substance sont peu connus, et méritent d'être mis en relief toutes les fois que l'occasion s'en présente. Le fait suivant se recommande, à ce titre, à l'attention des praticiens.

Obs. — Le nommé Kafmeyer, âgé de cinquante et un ans, maréchal ferrant, vint consulter le docteur Van Drome, en décembre 1852, pour des vomissements dont la durée et la fréquence avaient profondément détérioré sa constitution. Ces accidents remontaient à plus de 25 ans, à l'époque où cet homme étant sous les armes, il avait fait un usage copieux et abusif du genièvre. Cette vicieuse habitude, jointe plus tard aux fatigues provoquées par l'exercice de sa profession, ont aggravé peu à peu les premières atteintes, et, depuis trois ans, non-seulement il avait dû cesser tout travail, mais la susceptibilité nerveuse de l'estomac était telle, que presque tous les aliments, quelque légers qu'ils fussent, étaient rejetés aussitôt après leur ingestion. Cet homme passait des mois entiers, pendant lesquels le seul mets toléré consistait en une pâte faite avec de l'eau et de la farine de sarrasin : l'affaiblissement amené par une alimentation aussi insuffisante était considérable. Kafmeyer s'était adressé à plusieurs médecins qui lui avaient fait subir des médications diverses. En présence de l'opiniâtreté des accidents et de l'aspect terreux et émacié du visage du malade, M. Van Drome crut avoir affaire à une affection cancéreuse du ventricule gastrique; mais le bon état de santé des parents, les antécédents de la maladie, surtout son ancienneté, joints aux autres symptômes, amenèrent ce médecin à considérer l'affection comme une simple névrose. Ce diagnostic admis, restait à triompher de ces vomissements contre lesquels l'art semblait avoir épuisé toutes ses ressources. M. Van Drome eut l'idée de recourir à l'emploi de la strychnine, afin de rétablir les mouvements péristaltiques du tube digestif; il fit prendre à ce malade un demi-centigramme de strychnine matin et soir, en lui recommandant d'en suspendre l'usage à la première apparition d'un spasme musculaire. Après huit jours d'usage de cette dose, le malade supportait sans vomir le bouillon, les œufs, les viandes blanches, le pain de froment; les selles étaient rétablies d'une manière normale. Le médicament, n'ayant provoqué aucun trouble du côté du système musculaire, fut continué à la même dose, le matin, à midi et le soir. A la fin de cette seconde semaine, un écart de régime ramène le vomissement, qui cesse aussitôt le rejet du liquide qui l'avait provoqué. La strychnine est continuée à la dose précédente la troisième semaine. A partir de cette époque les aliments furent pris en plus grande quantité pour satisfaire un appétit plus vif; les forces, en partie revenues, lui permettent de reprendre sa profession. Afin de soutenir les bons résultats de cette médication, des préparations ferrugineuses furent jointes à un régime plus animalisé.

Cette action de la strychnine n'est pas un fait nouveau en thérapeutique, ainsi que le pense M. Van Drome. Nous y avons eu recours en plusieurs circonstances avec avantage. Lors de la première apparition du choléra en 1831, M. Potton a employé cette substance à la dose de 1 à 3 centigrammes, dissous dans 100 grammes d'eau, pour combattre le vomissement. C'est le mode d'administration que l'on doit préférer. Emerveillé du résultat obtenu chez son malade, M. Van Drome dit qu'après l'usage des autres agents recommandés contre les vomissements incoercibles, chez les femmes enceintes, il n'hésiterait pas à en tenter l'emploi. Cette induction est fort naturelle; mais il pourrait fort bien échouer, comme cela nous est arrivé dans un cas dont nous avons publié

l'observation dans ce journal. Malgré cet échec, dans de semblables circonstances nous ferions un nouvel essai de la strychnine; car ce fait nous a montré que lorsque l'emploi de la substance n'est pas porté à une dose élevée, elle n'a aucune action fâcheuse sur l'organe gestateur. (*Journal de médecine de Bruges*, 1853.)

VARIÉTÉS.

LES ACCUSATEURS DE LA VACCINE DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quel est celui de nos lecteurs qui n'a lu avec surprise, sinon avec indignation, les attaques dont la vaccine est devenue l'objet depuis quelques années? Qui de nous ne s'est demandé comment un mathématicien, un homme complétement étranger à notre science, osait se permettre, avec des chiffres arrangés et torturés à son gré, de faire le procès à l'une des plus grandes découvertes, à l'un des plus grands bienfaits dont l'humanité ait été gratifiée? Si, pour notre part, nous n'avons pas cru devoir relever ces attaques, c'est que partant, ainsi que nous venons de le dire, d'un homme plus qu'incompétent en pareille matière, elles ne pouvaient avoir qu'un médiocre retentissement et encore moins d'influence. Mais lorsque des médecins, marchant sur les traces du nouvel Epiménide, viennent apporter à une erreur aussi grave dans ses conséquences l'appui de leur nom et de leur caractère, c'est le devoir de la presse médicale d'intervenir pour venger une cause aussi belle et aussi utile. L'Académie s'est émue à son tour, et nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs le rapport si fort et si pressant de M. Roche, rapport qui ne laisse debout, à notre avis, aucune des objections présentées par les adversaires de la vaccine.

Rapport fait au nom de la Commission des épidémies, sur un mémoire de M. le docteur Ancelon, de Dieuze, intitulé : *Mémoire sur les transformations des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.*

Par M. Roche, rapporteur.

« Vous connaissez les attaques dont la vaccine est devenue tout récemment l'objet. Vous savez qu'il s'est trouvé deux médecins, en France, pour prendre part à cette triste et affligeante croisade contre l'un des plus grands bienfaits de la science médicale. L'un d'eux, M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, s'étant sans doute imaginé que les rapports annuels de cette Commission étant toujours confiés à M. Bousquet, n'expriment que l'opinion personnelle de notre honorable collègue, il a cru pouvoir en appeler au jugement de l'Académie tout entière, et, par une lettre en date du 23 juillet de cette année, il vous a priés de vouloir bien mettre à l'ordre du jour d'une de vos plus prochaines séances la discussion d'un travail qu'il vous adressait en même temps sous ce titre : *Mémoire sur les transformations des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.* Votre bureau n'a pas pensé qu'il y eût lieu d'obtempérer à ce désir. Il vous a proposé seulement, et vous avez ordonné, le renvoi du mémoire à une autre Commission que celle de la vaccine, à celle des épidémies, puisqu'il s'agissait de l'influence que la vaccine avait exercée, disait-on, sur le développement de la fièvre typhoïde. Cette Commission, dont j'ai l'honneur de faire partie, m'a confié l'examen du travail de M. Ancelon, et dans sa

séance de vendredi dernier elle a entendu mon rapport. Usant du droit que lui confère votre règlement, de vous communiquer des rapports partiels dans le courant de l'année lorsqu'elle le juge nécessaire, elle a voulu que je vinsse vous lire celui-ci, afin de lui procurer la prompte publicité de vos débats, et d'arrêter immédiatement, s'il se peut, la propagation d'une doctrine qu'elle considère comme fausse et dangereuse.

« Voici ce rapport.

« Une doctrine étrange, une de ces doctrines qui étonnent au premier moment par leur hardiesse et leur singularité, mais contre lesquelles le sens commun ne tarde pas à se révolter, une de ces doctrines, dis-je, essaye depuis quelque temps de s'introduire dans la médecine par une fausse application de la statistique.

« Cette doctrine, vous la connaissez déjà, car ce n'est pas la première fois qu'elle paraît devant vous. Elle dit, elle affirme, elle veut prouver :

« 1° Que la vaccine a transformé la variole en la fièvre typhoïde ;

« 2° Qu'en faisant disparaître à peu près la petite vérole, elle a donné naissance à une maladie non moins dangereuse ;

« 3° Qu'elle n'a fait que transporter la mortalité, du premier âge sur l'âge adulte ;

« 4° Qu'en conséquence, l'humanité n'a rien gagné, si même elle n'a perdu, à la pratique des vaccinations ;

« 5° Qu'il faut dès lors restreindre, on n'ose pas dire encore, interdire, l'emploi d'une opération regardée à tort comme conservatrice ;

« 6° Enfin, que les médecins doivent revenir au plus tôt à l'inoculation.

« Ces idées, écloses dans le cerveau d'un mathématicien, édifiées et étayées par lui à grand renfort de calculs, comme pour prouver, une fois de plus, que l'on peut faire dire aux chiffres ce que l'on veut, et qu'il ne s'agit, pour cela, que de savoir les grouper, ces idées ont trouvé un partisan dans l'auteur du Mémoire dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. M. le docteur Ancelon, regardant ces propositions comme autant de vérités démontrées, probablement parce qu'il a vu que les additions de M. le capitaine Carnot étaient bien faites, entreprend de leur prêter l'appui des faits et des théories de la médecine, c'est-à-dire l'appui d'une science qui, vivant très-peu et assez mal avec l'arithmétique, ne peut pas être suspectée de partialité en sa faveur. Peine inutile pourtant, si ces propositions sont incontestables comme les chiffres sur lesquels elles s'appuient! Peine perdue, si elles sont fausses! Peine que notre confrère n'a cependant pas hésité de prendre avec le zèle et l'enthousiasme d'un néophyte.

« Il ne sera pas nécessaire de discuter un à un les arguments des fauteurs d'une pareille doctrine, pour en faire justice. Prouvons-leur que la fièvre typhoïde existait et se montrait aussi fréquente, aussi meurtrière pendant le règne de la petite vérole, avant la découverte de la vaccine, avec les mêmes symptômes et sous les mêmes formes qu'elle le fait de nos jours, et tout leur échafandage de chiffres et de sophismes accusateurs s'écroulera de lui-même.

« On englobe aujourd'hui sous le nom de fièvre typhoïde presque toutes les fièvres essentielles des auteurs des siècles précédents. C'est un tort, selon nous, et nous ne sommes pas seul de cet avis. Quoi qu'il en soit, les maladies décrites par nos prédécesseurs sous les noms de *fièvre maligne*,

fièvre putride, *synoque putride*, et toutes *les fièvres muqueuses graves*, étaient en tout semblables à la fièvre typhoïde. Mêmes prodromes, mêmes symptômes, même marche, même durée, même léthalité et mêmes désordres cadavériques, quand on s'est donné la peine de les chercher. Tous les médecins qui ont médité les écrits de la science s'accordent à le reconnaître, et déclarent que c'est bien la même maladie sous des dénominations différentes. Ces fièvres n'ont, en effet, pas disparu de l'humanité ; elles ont seulement changé de nom, elles s'appellent aujourd'hui *fièvres typhoïdes*. Pour oser soutenir le contraire, il faudrait admettre que la fièvre typhoïde a chassé du sein des populations les fièvres *putride*, *maligne*, etc., ce qui serait tout simplement absurde.

« La fièvre typhoïde n'est donc pas nouvelle en ce monde. Elle est vieille comme l'humanité. Elle existait bien longtemps avant la découverte de Jenner. Elle n'est donc pas le produit de la vaccine. Elle n'en est pas plus l'effet que les *fièvres adynamiques*, la *fièvre entéro-mésentérique*, les *gastro-entérites*, les *dothinentérites*, les *entérites folliculeuses*, qui se sont succédé en France depuis le commencement de ce siècle. C'est toujours la même maladie, il faut le redire encore, empruntant des noms différents aux nombreuses théories qui se sont culbutées et remplacées avec une si effrayante rapidité en médecine depuis une cinquantaine d'années, jusqu'au jour où le nouveau nom qu'elle porte aujourd'hui lui fut imposé, sans cause, sans prétexte, sans motif théorique, uniquement sans doute pour léguer un embarras de plus aux Saumaises futurs de l'érudition médicale. En vérité, on rougit d'avoir à rappeler ces choses à des médecins.

« Mais si par impossible, cependant, on osait prétendre que la fièvre typhoïde a fait disparaître les fièvres graves dont nous parlions tout à l'heure, il resterait alors à rechercher si l'humanité a perdu ou gagné à cette prétendue transformation, avant de lancer l'anathème contre la vaccine qui aurait, dit-on, amené ce résultat. Voyons donc si la fièvre typhoïde est plus commune et plus meurtrière que ne l'étaient ces fièvres. Si cela était, les dénigrants de la vaccine seraient gens à l'accuser d'être la cause de ce triste état de choses. Il importe, par conséquent, de leur enlever ce dernier refuge.

« Les anciens médecins ne faisaient pas beaucoup de statistique. Ils pensaient, à tort ou à raison, qu'il valait mieux peser les observations que les compter. Cependant, on trouve dans Stoll des relevés complets pour douze années, incomplets pour deux autres, qui semblent avoir été dressés pour la discussion actuelle. Ils nous apprennent, en effet, qu'à l'hôpital de la Sainte-Trinité, à Vienne, le nombre des individus atteints de fièvre maligne, reçus pendant ce long espace de temps, a été au nombre des personnes affectées d'autres maladies internes, comme 1 est à 6 ; que la mortalité des fièvres malignes a été de 1 sur 7 6/10, et la mortalité générale de 1 sur 14 3/7. En lisant ces résultats numériques, on est frappé de leur concordance avec ceux de nos hôpitaux. C'est à peu près la même proportion de la fièvre typhoïde par rapport aux autres maladies fébriles, à peu près la même mortalité pour l'une, à peu près la même mortalité générale. Il en résulte donc que la fièvre maligne était aussi commune et aussi meurtrière du temps de Stoll que la fièvre typhoïde l'est de nos jours. Cette concordance vient confirmer, en outre, ce que nous disions, il y a quelques instants, de l'identité des deux maladies. La fièvre typhoïde

ne fait donc pas plus de victimes sous son nom nouveau qu'avant d'en avoir changé, pas plus par conséquent depuis la découverte de la vaccine qu'avant cette découverte. La vaccine est donc innocente des maux dont on l'accuse.

« Avant la découverte de Jenner, personne n'échappait aux atteintes de la petite vérole. On ne comptait peut-être pas un individu sur dix mille qui n'en fût atteint. Et, comme elle prenait à tout âge, on pouvait toujours dire avec une apparence de raison, que la personne qui en était exempte mourait avant qu'elle se développât en elle. Aussi la disait-on fatale, inévitable, nécessaire même à la dépuration du germe que tous les hommes apportaient en naissant. C'est même encore la nécessité de cette dépuration imaginaire que les nouveaux adversaires de la vaccine invoquent et font miroiter aux yeux des gens du monde, pour se justifier de lui déclarer la guerre.

« Si donc la fièvre typhoïde a remplacé la petite vérole; si la vaccine, comme le prétendent ces messieurs, a seulement eu pour effet, d'abord de retarder l'explosion des virus varioleux, ensuite d'en transporter les manifestations et les ravages de la peau sur la membrane muqueuse des intestins, la fièvre typhoïde, disons-nous, devrait nécessairement attaquer un aussi grand nombre de personnes que le faisait la variole, c'est-à-dire qu'elle devrait sévir sur toute la population, à d'infiniment rares exceptions près : or, ce n'est pas. C'est à peine si un cinquième de la population en est atteint, et j'exagère peut-être La fièvre typhoïde n'a donc pas remplacé la variole, ou bien celle-ci se serait singulièrement adoucie en se transformant, ce qui, pour le dire en passant, tournerait à la louange de la vaccine, dans le système même de ses adversaires. La vaccine, en faisant disparaître la petite vérole n'a donc pas donné naissance à la fièvre typhoïde. Ces deux maladies n'ont entre elles aucune corrélation, aucun rapport, aucune analogie, ni de causes, ni d'effets, ni de fréquence.

« Enfin, la fièvre typhoïde fût-elle nouvellement implantée au sein des populations, sa première apparition après l'époque de l'introduction de la vaccine fût-elle parfaitement démontrée, il resterait encore à prouver qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence, et que l'une est la cause de l'autre; *post hoc, ergo propter hoc*, est un argument trop décrié, pour avoir cours et crédit aujourd'hui dans les sciences.

« Mais c'est trop sur un sujet qui ne fait pas doute dans vos esprits. Vous ne croyez pas que la fièvre typhoïde soit nouvelle en Europe. Vous ne croyez pas, par conséquent, que ce soit la vaccine qui lui a donné naissance. Vous ne croyez pas qu'il faille restreindre la pratique de cette opération salutaire, dont la propagation et la défense vous sont confiées. Mais il y aurait danger, vous le comprenez, à ce que les idées contraires se répandissent, sans contradictions de votre part, et à la faveur, pour ainsi dire, de la complicité de votre silence. Que si j'ai eu tort de chercher à vous prouver aussi longuement des vérités dont vous étiez convaincus d'avance, prenez-vous-en à ma foi profonde dans les propriétés préservatrices et la parfaite innocuité de la vaccine, et au désir qui m'animait de la venger complétement, si cela m'était possible, des attaques étourdies dont elle est devenue le point de mire depuis quelques années.

« Il est bien permis, sans doute, à un officier d'artillerie de prétendre que la vaccine est un mal. On ne défendrait pas à un médecin, je pense, de

soutenir, s'il lui prenait cette fantaisie, que la bombe, après sa sortie du mortier, ne décrit pas une parabole. Chacun a le droit, chacun est libre de choisir les sujets de passe-temps où il lui plaît, en dehors de ses études familières, et même en des matières qu'il ignore. Cela ne tire jamais à conséquence. Mais un médecin ! nier les bienfaits de la vaccine sur la foi de quelques chiffres trompeurs qui n'ont rien à voir en semblable affaire ; se faire l'écho, le propagateur d'une erreur aussi dangereuse ; interpréter à sa guise et d'une manière inexacte, au profit de sa thèse, et l'observation ancienne et l'observation moderne ; mettre enfin son talent, sa science, son autorité médicale, au service de préjugés funestes, contre lesquels luttent avec tant de peine les efforts des gouvernements et des hommes éclairés de tous les pays, voilà ce que nous ne pouvons comprendre, et ce qui nous afflige profondément.

« M. le docteur Ancelon reviendra de son erreur. Un homme de talent comme lui ne saurait persévérer longtemps dans la voie où il s'est laissé entraîner.

« Messieurs, après avoir approuvé le contenu de ce rapport, votre Commission des épidémies m'a chargé de vous proposer :

« D'écrire à M. Ancelon que l'Académie désapprouve et repousse toutes les doctrines exposées dans son Mémoire. » Roche.

Avons-nous besoin de dire à notre honorable confrère de Dieuze, M. Ancelon, que la presse médicale, pas plus que M. Roche, n'est animée contre lui de sentiments peu confraternels ? Mais du moment que la question a été portée une première fois par lui devant le congrès d'Arras, du moment qu'il l'a reproduite devant l'Académie de médecine, il était impossible que bonne justice ne fût pas faite de ce que nous ne craignons pas d'appeler une erreur d'homme de talent et d'intelligence. Semble-t-il donc que la vaccine soit si bien établie dans nos mœurs qu'on puisse se permettre impunément d'en attaquer la puissance et d'en contester les bienfaits? Est-ce bien d'ailleurs au moment où toutes les nations s'imposent les sacrifices les plus grands, où l'on ne craint pas même d'attenter à la liberté individuelle pour assurer aux populations les bienfaits d'une pareille découverte, que l'on pouvait garder le silence? Agir autrement eût été une forfaiture envers les intérêts les plus sacrés de l'humanité.

Depuis le 20 septembre, la nouvelle loi sur la vaccine est en vigueur à Londres. Ainsi, dans toutes les paroisses, des établissements spéciaux sont destinés à faciliter le plus possible l'usage de la vaccine dans les classes pauvres.

En invitant avec instance tous les chefs de famille à faire vacciner leurs enfants, MM. les maires de Paris viennent d'annoncer formellement que tout indigent : 1° qui ne fera pas vacciner ses enfants, 2° et qui n'enverra pas ses enfants à l'école, cessera d'être inscrit sur la liste des personnes secourues. Des primes seront toujours accordées aux enfants pauvres vaccinés.

Le choléra ne s'est pas étendu beaucoup en Angleterre depuis la publication de notre dernier numéro ; mais, pour être circonscrit, ses ravages n'en ont pas moins été fort grands dans les localités qu'il a atteintes. A Newcastle, petite ville sans grande importance, située sur les bords de la mer,

c'est par centaines que l'on compte les attaques et les morts; du 31 août au 25 septembre, il est mort dans cette ville 1187 personnes du choléra. Dans les villes environnantes, à Gateshead, à Sandgate, il y a eu aussi des cas de choléra en assez grand nombre. Mais Londres reste toujours à l'abri du fléau, au moins en tant qu'épidémie; car il n'y a eu, la semaine dernière, que 16 décès par le choléra, dont 7 chez des adultes, et 4 par le choléra asiatique. Paris continue, de son côté, à jouir d'un état sanitaire assez favorable; car la recrudescence de fièvres typhoïdes, qui avait eu lieu dans ces derniers temps, s'est calmée un peu depuis quelques jours, et les dérangements intestinaux ne sont ni plus fréquents ni plus graves que par le passé.

Dans le Danemarck, à Copenhague, le choléra est en voie de décroissance très-marquée, et il est remplacé par la cholérine, qui paraît très-bénigne. Même amélioration dans les provinces, excepté dans le Jutland et dans une ou deux autres, où la maladie paraît encore assez intense. En Norwége, en Suède, elle règne toujours, surtout parmi les marins. En Russie, à Moscou principalement, le choléra règne encore avec fureur.

Les correspondances de Rome signalent une endémo-épidémie qui règne depuis quelque temps dans cette ville. Sur environ 10,000 hommes de garnison, nous avons, à l'heure actuelle, de 1,100 à 1,200 malades. L'administration militaire a pris immédiatement les mesures les plus sages; elle a été énergiquement secondée par M. Alquié, inspecteur général du service de santé, qui venait d'arriver à Rome pour faire sa tournée d'inspection. Tout nous porte à croire, par suite des mesures importantes qui ont été prises, que l'épidémie s'éteindra sans laisser dans les rangs de nos troupes un vide aussi considérable qu'à la première année de l'occupation.

M. le préfet de police vient d'adresser aux commissaires de police de Paris et aux maires des communes rurales environnantes une circulaire qui leur enjoint de s'opposer à ce que tout individu, prenant le titre d'opérateur dentiste, se livre à l'extraction des dents et fasse usage du chloroforme sur les places publiques, les marchés et carrefours, se livre enfin à aucune pratique médicale ou chirurgicale.

Une circulaire non moins importante est celle du préfet du Haut-Rhin, qui prévient tous les brasseurs de son département qu'ils aient à s'abstenir de faire usage, pour clarifier leurs bières, soit de minium, soit de litharge, soit de sucre de saturne, associés à la colle de poisson, à la dextrine ou autre excipient, attendu que les liquides préparés au moyen de ces substances contiennent des quantités notables de sels de plomb, et présentent par cela même des dangers réels pour les consommateurs. Enfin l'instruction fait remarquer aux brasseurs et cabaretiers qu'avant de renoncer aux modes de collage et de clarification consacrés par les anciens usages, et dont l'expérience a démontré l'innocuité, pour leur substituer des préparations préconisées par des personnes étrangères à la science, ils doivent prendre l'avis d'hommes compétents, et s'assurer que ces préparations ne contiennent rien de nuisible à la santé.

La Société médico-pratique vient de mettre au concours la question sui-

vante : « Du mode d'action des principaux agents purgatifs employés en médecine et des indications tirées de la spécialité d'action de chacun d'eux. » Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr., sera décerné dans la séance générale de 1855. Les mémoires manuscrits, en français ou en latin, devront être adressés avant le 31 décembre 1854 à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville de Paris.

Un prix extraordinaire de 500 fr., offert par le professeur Martial (de Turin), sera décerné en 1855 par la Société médico-chirurgicale de Bologne, à l'auteur de la meilleure monographie sur le tétanos traumatique. Les mémoires devront être adressés franco au secrétariat de ladite Société.

Le nouvel hôpital élevé au clos Saint-Lazare, et qui a reçu successivement les dénominations d'hôpital Louis-Philippe, de la République, du Nord, vient enfin de prendre définitivement le nom d'hôpital de La Riboissière. Un legs de plusieurs millions fait à la ville de Paris par Mme la comtesse de La Riboissière a engagé l'administration municipale à donner au nouvel établissement le nom de sa bienfaitrice. Ce vaste hôpital sera sous peu en état de recevoir des malades.

Le *Siècle*, à l'occasion du compte-rendu officiel du recrutement, présente d'excellentes réflexions sur la nécessité de ne pas consacrer tous les encouragements du gouvernement à l'amélioration de quelques races d'animaux, et d'en réserver une part à cette pauvre espèce humaine, que les tableaux du recrutement n'offrent pas sous un aspect très-avantageux. Le nombre des jeunes gens appelés au tirage de la classe de 1850 était de 305,712. Sur ce nombre, les porteurs des 164,405 premiers numéros ont été examinés par les Conseils de révision. Eh bien ! il en a fallu réformer 10,256 pour défaut de taille, et 48,433 pour cause d'infirmité. Comme le sort est aveugle, rien n'empêche de croire que les malades, les infirmes et les nains ne se trouvent pas exclusivement, suivant l'expression vulgaire, parmi les mauvais numéros. Par conséquent, si toute la classe eût été examinée, la proportion des jeunes gens à réformer se serait maintenue comme 58,089 est à 164,405, c'est-à-dire sur le pied d'un très-fort tiers.

« Ces chiffres, dit le *Siècle*, sont loin de faire l'éloge de la race humaine en France et de la santé publique. On s'occupe chez nous beaucoup trop du turf et du comice, et pas assez de l'homme. Les Sociétés de gymnastique de l'Allemagne devraient pourtant nous mettre sur la voie de ce qu'il y a à faire. Elles ont compris qu'il ne fallait pas négliger l'éducation du corps. Il est telle principauté germanique où vous ne rencontreriez pas un bourg qui ne soit pourvu d'un gymnase public. »

Le petit livre, *Hygiène du corps et de l'âme*, de M. le docteur Max Simon, a été, ces derniers jours, l'objet d'une distinction des plus honorables, et qui justifie le jugement que nous en avons porté. — Le Conseil général de la Seine-Inférieure vient, dans sa dernière session, de voter l'allocation nécessaire pour que trois cents exemplaires de cet ouvrage soient distribués, par la voie de la préfecture, dans les communes du département.

M. Burin du Buisson, pharmacien-chimiste à Lyon, vient d'adresser à la Société de chirurgie vingt flacons de perchlorure de fer pour être distribués gratuitement aux chirurgiens qui désirent concourir pour le prix offert par M. le docteur Verrier, de Bar-sur-Aube. Les demandes devront être adressées, franc de port, à M. Marjolin, secrétaire général de la Société.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EXAMEN COMPARÉ DES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DU QUINQUINA ET DE L'ARSENIC.

Par M. le docteur Jh. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

En opposition avec le cours régulier des maladies aiguës, dont quelques paroxysmes accidentent à peine la marche uniforme, certaines fièvres offrent, dans la succession de leurs symptômes, des temps d'arrêt plus ou moins accentués, qui les signalent spécifiquement aux yeux de l'observateur ; ces temps d'arrêt les coupent en accès qui se départagent eux-mêmes en trois stades de frisson, de réaction et de crise sudorale ; et suivant que les accès sont séparés entre eux par une simple rémission, ou par une disparition complète de l'état fébrile, on les dit *rémittentes* ou *intermittentes*. Certaines névroses offrent une marche analogue ; elles se scindent en périodes dans l'intervalle desquelles l'état nerveux s'apaise ou s'efface ; certaines névralgies enfin s'exaltent ou s'éveillent à leurs heures, d'autant mieux apparentées avec les fièvres d'accès, qu'elles se phénoménisent souvent par une sorte de fièvre locale, qui reproduit plus ou moins fidèlement les trois stades pathognomoniques mentionnés tout à l'heure.

Or, entre l'affection rémittente et l'affection intermittente il y a différence de type, non différence de nature. On ne pourrait donc adopter génériquement l'une de ces désignations à l'exclusion de l'autre, et l'intermission ou la rémission des symptômes ne donnent point à elles seules le caractéristique de la maladie. Que l'on différencie, au point de vue du diagnostic, les rémittentes des intermittentes, rien de mieux ; mais en bonne nosologie, on ne doit point les classer séparément comme espèces : non-seulement il y a entre elles communauté d'origine, mais de toutes deux, de ces deux formes d'une même maladie-mère découlent les mêmes indications thérapeutiques. Où la distinction devient radicalement impossible, c'est lorsque ces fièvres sont nées sous le coup de l'intoxication paludéenne ; alors la quantité, la qualité du miasme ou les dispositions individuelles font prédominer un type sur l'autre, et il paraît aujourd'hui bien établi que plus l'action miasmatique est intense ou fortement sentie, moins longue ou moins complète est la suspension des phénomènes de réaction fébrile. Ce qui achève de détruire toute idée absolue de spécificité de forme, c'est la constatation de ces cas d'un puissant intérêt comme d'une haute gravité, qui démontrent la compatibilité de l'état continu avec l'intoxication paludéenne. Aussi la qualification de *fièvres à quinquina*, attribuée par plusieurs

médecins distingués de l'armée d'Afrique aux maladies marématiques, a-t-elle une valeur expérimentale incontestable, en passant au-dessus de la distinction des types, pour contracter dans la même formule et leur pathogénie, et la médication dont elles sont toutes également justiciables. Que si l'on croit suffisant, pour les désigner, d'avoir égard à la notion étiologique, le titre de *paludéennes* groupera parfaitement ces maladies qui, sans être nécessairement intermittentes ou rémittentes, tendent à affecter une forme qui s'éloigne plus ou moins du type continu ; mais à côté d'elles il faudrait laisser une place distincte et donner une appellation différente aux maladies d'origine non marématique frappées au cachet de la non-continuité.

Par suite de ces considérations, j'incline à penser qu'au point de vue clinique, en dehors de toute question d'étiologie ou de nature, le terme générique qui, dans l'espèce, s'appliquerait le mieux à la généralité des faits, serait celui de *maladies périodiques* : ce terme une fois admis, on peut subdiviser les maladies périodiques en *paludéennes* et *non paludéennes*, mais plutôt en conséquence de leur point de départ, que de leur nature et de leur traitement. En effet, ce qui les classe le plus nettement comme espèces nosologiques, c'est leur tendance fatale à procéder en vertu d'un élément morbide qui domine toute leur symptomatologie, et que j'appellerais volontiers *périodisme* : élément en activité, à manifestations patentes dans la majorité des cas, latent et comme en puissance dans ces continues à quinquina, où l'intoxication miasmatique à son summum ne laisse plus à l'organisme ces instants de répit qui scindent la marche des intermittentes confirmées. Le périodisme à lui seul n'est jamais toute la maladie ; le considérer comme tel serait s'arrêter à la superficie des choses ; autour de lui se groupent toujours d'autres éléments plus ou moins nombreux ; par exemple, en prenant pour type une fièvre paludéenne d'une certaine gravité, dans son mode d'expression le plus ordinaire, nous y trouvons les éléments suivants :

1° Périodisme, tendance à procéder par accès ;
2° Fièvre ;
3° Troubles de l'influx nerveux ;
4° Etat bilieux ou saburral des voies digestives ;
5° Congestions viscérales ;
6° Altération du sang.

Cette analyse de la fièvre paludéenne en pose la notion hors de ce terrain si justement critiqué de l'essentialité, de l'ontologie médicale ; elle la décompose, non plus en modes abstraits, mais en états organo-pathologiques. Le périodisme lui-même n'implique point un élément

sans matière; dans ma pensée, ce terme n'a d'autre prétention que de constater un acte morbide évident en pratique, et dont il me semble rationnel, en théorie, de rattacher la cause à une lésion spéciale des centres nerveux. Que si cette analyse a un côté doctrinal discutable, elle a le mérite peut-être de déduire de l'étiologie des maladies périodiques comme de leurs éléments, les indications thérapeutiques les plus directes, les plus rigoureuses, les plus précises.

Examinons maintenant dans quelle mesure le quinquina et l'arsenic ont la capacité de répondre à ces indications.

Le quinquina répond-il à toutes les indications des maladies périodiques ?

Je réponds immédiatement par l'affirmative à cette question capitale ; le thérapeutiste peut proclamer hardiment que de tous les agents de la matière médicale, il n'en est aucun qui se comporte d'une façon plus héroïque que le quinquina dans le traitement des maladies périodiques, qu'elles aient ou non une origine paludéenne, que le périodisme n'y existe qu'en puissance ou qu'il se traduise manifestement par des accès. Et le quinquina se comporte ainsi, non-seulement parce qu'il réduit le périodisme en rétablissant dans leur continuité et dans leur norme les fonctions vitales, mais parce qu'il possède en outre la capacité d'enlever tous les autres éléments groupés autour du périodisme ; c'est là, comme on va le voir, ce qui lui assure une supériorité imprescriptible sur tous les autres remèdes antipériodiques ; car il ne faut pas n'avoir égard qu'à la quinine, qui suffit à couper les accès, qui suffit même à guérir radicalement une affection périodique, quand la cause qui l'a produite n'a point trop profondément altéré la constitution ; il faut encore prendre en considération, que les préparations qui contiennent une plus grande somme ou la totalité des principes actifs de l'écorce péruvienne ont un pouvoir dont la quinine isolée est dépourvue ; et ce pouvoir, c'est de remédier à la cachexie humorale qui, en étant la suite ordinaire des fièvres paludéennes, devient aussi la cause la plus fréquente de leur perpétuité ou de leurs récidives.

Ainsi, 1° le sulfate de quinine supprime les accès névralgiques ou fébriles; le temps d'apyrexie se prolonge, se consolide de plus en plus, et insensiblement reparaissent le calme habituel et la régularité de l'état physiologique.

2°, 3°. Les accès des maladies périodiques sont ordinairement fébriles ; la fièvre me paraît se développer sous l'influence de l'altération du sang et d'une modification du système nerveux ganglionnaire ; en outre, des troubles plus graves, tels que le délire, le coma, les convulsions, etc., révèlent souvent les sympathies éprouvées ou des

lésions subies par l'axe cérébro-rachidien. Ces symptômes fébriles et nerveux sont modifiés par la quinine, *en tant qu'ils se manifestent sous la dépendance du périodisme.* La quinine n'agit pas sensiblement sur l'accès actuel, mais seulement sur l'accès à venir, et partout où la périodicité n'existe pas, elle n'a qu'une portée incertaine : on discutera longtemps sur son mode d'action, sur ses propriétés stimulantes ou hyposthénisantes, et quand on l'appliquera au traitement des états morbides continus, tels que le rhumatisme articulaire, on établira difficilement la balance entre ses inconvénients et ses avantages ; mais, en définitive, on ne constatera réellement son efficacité que dans les maladies frappées au cachet spécial du périodisme, et tout au plus dans les maladies sub-continues que leurs paroxysmes rapprochent tant soit peu de l'état rémittent. Hors de ces indications, il n'y a que des mécomptes à recueillir, sinon des périls ; car le périodisme dispose l'organisme à une tolérance de la quinine, qui ne se retrouve en présence de nul autre élément morbide : les rhumatisants, par exemple, supportent très-mal le sulfate de quinine, et les partisans de ce mode de traitement ont fini par reconnaître qu'il faut être très-réservé sur la posologie de ce médicament qui, à doses élevées, a produit les plus déplorables conséquences. Au contraire, non-seulement on ne citera pas un seul cas d'intoxication à la suite de l'emploi du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, mais on peut s'assurer que les doses de 3, 4 et 5 grammes, souvent nécessaires pour vaincre ce type pernicieux, sont, la plupart du temps, parfaitement tolérées ; pour mon compte personnel, à quelque dose que j'aie employé ce médicament contre les fièvres de Rochefort, je n'ai observé que très-rarement, et toujours à un degré très-léger, quelques phénomènes nerveux, tels que des troubles de la vue et de l'ouïe, attribuables à une influence qui dépassât la portée thérapeutique de la quinine. En pratique, il n'est point indispensable de pénétrer si avant la mystérieuse action de la quinine, que l'on soit fixé sur ses vertus hyposthénisantes, stimulantes ou névrosthéniques ; mais il est urgent de préciser son indication capitale contre les accidents fébriles et nerveux, affectant une marche déterminée ; alors, ce n'est pas un fébrifuge absolu, c'est un *antipériodique.*

4° La plupart du temps la quinine enlève immédiatement et d'emblée, sans l'intermédiaire d'aucun remède évacuant, l'état bilieux ou saburral des voies digestives ; et c'est là un effet trop intéressant et trop méconnu pour ne pas s'y arrêter un instant. Il est encore un grand nombre de médecins qui ouvrent le traitement de toute fièvre intermittente par l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif ; il en est

même qui prescrivent successivement ces deux modes d'évacuation ; ces médecins croient voir dans l'état bilieux ou saburral qui coexiste très-ordinairement avec le début des maladies périodiques, de quelque nature qu'elles soient, l'indication préalable d'évacuer, tant pour réduire sans désemparer cet élément morbide, que pour rendre l'action de la quinine plus prompte et plus assurée à moindre dose. Il en est enfin qui insistent d'autant plus sur cette pratique, que souvent à elle seule elle enraye les accès ; mais les évacuants n'opèrent généralement avec cette influence décisive que sur les intermittentes sporadiques des contrées non marécageuses : quand on se trouve, au contraire, en face de graves endémies paludéennes, ces remèdes peuvent venir en aide à l'action ultérieure de la quinine ; mais ils ont, à mon avis, un double inconvénient : ils font perdre du temps, là où il est urgent d'agir formellement en vue de prévenir le retour des accidents fébriles, car un accès pernicieux peut surgir faute d'avoir dès le début prescrit la quinine ; ils sont inutiles, car la quinine est apte à la fois à suspendre la fièvre et à modifier les voies digestives. La médication quinique, instituée sans aucun préalable et dès le début, enlève avec la fièvre l'élément bilieux ou saburral, fait remarquable sans doute, mais que j'ai surabondamment constaté à Rochefort où, sans se trop préoccuper d'un élément morbide secondaire, on avise avant tout à couper l'accès ; que si la lésion sécrétoire des voies digestives persiste malgré la quinine, il sera temps alors de recourir à une médication évacuante, qui, administrée intempestivement, aura, troisième inconvénient, le désavantage d'affaiblir les sujets dans une maladie qui réclame plutôt l'emploi des stimulants et des toniques que celui des débilitants. Et encore, lorsque après la suspension des accès par la quinine on voit durer l'état bilieux ou saburral, on doit se tenir presque assuré qu'il en est ainsi, non parce que les voies digestives sont essentiellement affectées, mais parce que l'intoxication paludéenne et le périodisme restent invaincus ; une récidive éclatera d'un instant à l'autre, et l'indication la plus rationnelle sera d'insister préventivement sur la quinine, ou de modifier plus foncièrement l'économie en administrant les préparations qui contiennent toute la substance soluble du quinquina.

5° Le sulfate de quinine combat les congestions qui, pendant toute la durée des maladies périodiques, ou seulement pendant leurs accès, se localisent dans certains viscères, et notamment dans la rate. Mais, pour dire en passant mon opinion sur une question très-vivement agitée, je considère cette action comme indirecte, et je pense que les congestions, l'engorgement splénique, entre autres, sont le résultat et non la cause des accidents périodiques ; je ne nie point non plus l'in-

fluence de la quinine sur la rate engorgée, mais je crois que, dans l'état aigu, cet organe se dégonfle plutôt par suite de la cessation de la fièvre que de l'action directe du médicament sur cet organe. Toutefois, les engorgements chroniques qui accompagnent les fièvres opiniâtres, et surtout ceux qui persistent après elles, paraissent diminuer sous l'influence d'une action spéciale de la quinine sur la rate; mais cette action n'est pas constante, et l'on échouerait souvent en la poursuivant, si l'on ne l'aidait par l'emploi des ventouses scarifiées, des frictions iodurées, des eaux thermales, et d'une médication tonique et analeptique, indispensable pour parer aux dernières conséquences de la cachexie paludéenne.

6° Les travaux modernes d'hématologie ont démontré qu'il y a au fond des fièvres périodiques une altération de la crase du sang, qui se traduit à l'analyse par une diminution des proportions normales de fibrine et de globules, la perte de ceux-ci entraînant nécessairement celle du fer et probablement du manganèse. Il serait peut-être trop absolu de décider que cette altération se surajoute constamment au périodisme; contentons-nous d'avoir vérifié que toujours elle accompagne l'impaludation, et c'est alors qu'elle entraîne une chloro-anémie réelle, caractérisée par la pâleur des tissus, les engorgements du foie et de la rate, les infiltrations séreuses, les suffusions scorbutiques, etc., accidents en rapport avec l'imprégnation miasmatique ou la ténacité de la fièvre. Eh bien! si la quinine ne va point jusqu'à modifier cette cachexie, le quinquina y portera remède, et les préparations variées de cet héroïque médicament s'adapteront heureusement à ces phases symptomatiques que l'alcaloïde seul n'aura pu réduire. Voilà ce qui assure au quinquina une prééminence que nul succédané connu ne peut balancer, et je me range complétement, à cet égard, à l'opinion admirablement énoncée par M. Michel Lévy dans la séance du 17 février 1852 de l'Académie de médecine.

Voyons à présent si l'arsenic répond aux indications des maladies périodiques à l'égal du quinquina.

L'arsenic exerce une influence positive sur les retours périodiques des fièvres et des névralgies; mon expérience personnelle m'autorise à le classer au nombre des agents antipériodiques les moins douteux. Si même on préjugeait de ses propriétés thérapeutiques d'après ses propriétés physiologiques, à le voir déprimer le pouls et abaisser la chaleur animale, on serait tenté de le considérer comme plus essentiellement fébrifuge que la quinine, qui élève la caloricité et suscite des phénomènes de stimulation propres à justifier l'opinion des expérimentateurs qui la placent au nombre des agents hypersthénisants. Ce-

pendant l'arsenic, comme la quinine, n'est qu'un fébrifuge relatif, et, sans portée sensible sur l'accès actuel, il n'agit lui aussi que sur l'accès à venir ; je dois même ajouter que, dans mes expériences, j'ai trouvé son action *fébrifuge* inférieure à celle du sulfate de quinine ; mais, en revanche, je l'ai vu balancer l'influence de l'alcaloïde du quinquina, et la surpasser souvent en présence des accès névralgiques ; dans plusieurs cas de cette nature, je l'ai vu enlever si rapidement et si complétement les retours périodiques de la douleur, que j'ai été amené, sinon à le préférer exclusivement, du moins à l'employer en première ligne contre les névralgies intermittentes. Je pourrais, à l'appui, citer des observations concluantes, relevées en assez grand nombre à Rochefort, et quelques-unes récemment encore à l'hôpital maritime de Cherbourg. Voici, pour exemple, l'une des plus saillantes :

M. N..., adjudant sous-officier au 2e régiment de marine, était atteint depuis un mois d'une céphalalgie à accès quotidiens, lorsqu'il entra dans mon service à l'hôpital de Rochefort. Le sulfate de quinine avait été employé sans aucun succès ; je repris pourtant ce médicament, qui échoua radicalement comme par le passé, et la douleur périodique persista avec une extrême intensité. Aussitôt que le malade fut soumis à l'usage de l'acide arsénieux, à la dose de 2 centigrammes, la céphalalgie s'amenda, et, au jour du troisième accès depuis le début du traitement, la douleur disparut sans retour. L'acide arsénieux fut continué pendant quelques jours, suspendu pendant une semaine, repris encore préventivement la semaine suivante. J'ai revu M. N... plus d'une année après sa sortie de l'hôpital ; il ne lui était point survenu de récidives.

Dernièrement, à Cherbourg, j'ai traité de la même manière et avec le même résultat trois névralgies faciales intermittentes ; dans deux cas, cinq centigrammes d'acide arsénieux ont suffi pour décider la cure, en n'employant à chaque dose qu'un centigramme ; dans le troisième cas, plus opiniâtre et plus rebelle, j'ai prescrit concurremment à l'intérieur des pilules de valérianate de zinc et de belladone, et à l'extérieur des frictions belladonées-opiacées, médication qui a sans doute concouru à la guérison, mais qui seule eût été insuffisante, car la névralgie n'a cédé complétement qu'après l'emploi de l'acide arsénieux, dont il a été consommé en sept jours 10 centigrammes depuis 0,01 jusqu'à 0,015 par jour.

De l'influence que l'arsenic peut avoir sur les lésions de l'innervation, je n'ai constaté que son action sur le symptôme de la douleur. Serait-il possible de lui attribuer une portée également efficace sur les troubles nerveux qui signalent les accès des fièvres graves ? Je ne suis

point à même de répondre à cette question, car je n'ai prescrit les préparations arsenicales que dans les fièvres dégagées de tout caractère pernicieux, et j'en dirai bientôt les motifs.

J'ai souvent administré l'arsenic dans les fièvres intermittentes compliquées d'un état bilieux ou saburral, sans recourir d'abord à la médication évacuante, et je l'ai vu réussir ; mais il m'a semblé cependant que, dans la plupart des cas, il n'enlevait pas cet élément morbide aussi radicalement que la quinine, et, par suite, que son action fébrifuge s'exerçait d'autant mieux que son emploi avait été précédé d'un vomitif ou d'un purgatif. Or, comme les évacuants impriment à l'économie des modifications assez notables pour atténuer les accès fébriles, et même pour les faire cesser quelquefois, ils ne se présentent, dans l'espèce, à titre d'utiles adjuvants, qu'en amoindrissant un peu la valeur fébrifuge des préparations arsenicales.

Il est fâcheux que M. Piorry, si ingénieux et si habile dans les explorations plessimétriques, n'ait pas cru devoir étudier l'action de l'arsenic sur la rate ; personne mieux que lui ne pourrait la déterminer, comme il l'a fait pour le sulfate de quinine. Quant à moi, je n'ai point reconnu que la rate diminuât promptement et directement sous l'influcnee de l'arsenic, dans l'état aigu des fièvres intermittentes ; je m'en suis d'ailleurs d'autant moins préoccupé, que je ne considère point ce genre d'action comme la pierre de touche des substances antipériodiques ; je n'ai jamais eu en vue que de couper les accès, convaincu par expérience que l'engorgement splénique, quand il y en a, disparaît avec eux, et que, s'il persiste, nul fébrifuge à lui seul ne peut le résoudre. Dans l'état chronique, cet engorgement se liant à une cachexie chloro-anémique plus ou moins avancée, j'ai jugé tout à fait hors de propos d'expérimenter un agent hyposthénisant, qui, en admettant qu'il pût modifier la rate, ne pouvait qu'aggraver l'état de débilité et de torpeur de l'économie.

En exprimant ces craintes, j'ai fait prévoir qu'à mon sens l'arsenic fait complétement défaut à l'égard de l'un des éléments organiques les plus importants des maladies périodiques, l'altération de la constitution chimique du sang. Ce n'est pas l'arsenic qui rendra à ce fluide la fibrine et les globules qu'il a perdus, et dans cette impuissance il restera toujours inférieur vis-à-vis du quinquina, agent si merveilleusement réparateur de toutes les conséquences de l'impaludation ; toute opportunité d'emploi cesse donc pour le premier de ces médicaments dans l'état cachectique provoqué et entretenu par les fièvres opiniâtres, lorsqu'il faut, non pas altérer, mais reconstituer la crase humorale; non débiliter, mais relever et soutenir l'organisme par les

toniques et les fortifiants ; et même au début d'une fièvre d'accès, l'influence déprimante des préparations arsenicales est si bien sentie, qu'il a été conseillé de soumettre les malades pendant l'apyrexie à un régime analeptique. Pour peu que l'appétit soit conservé, j'ai toujours soin de nourrir les fébricitants et de leur prescrire l'usage du vin, plus encore pendant le traitement arsenical que pendant l'administration de la quinine, convaincu que l'alimentation favorise l'action des fébrifuges, surtout lorsque ceux-ci sont dépourvus de toute propriété tonique et reconstituante, et inaptes, en conséquence, à remédier à l'appauvrissement du sang et à la langueur des actions nutritives.

A Rochefort, dans les conditions où j'expérimentais, je n'ai pu déterminer lequel, de l'arsenic ou du quinquina, prévient le mieux les récidives des maladies intermittentes. En effet, il y a dans l'hôpital de ce port plusieurs services de fiévreux, et beaucoup de malades, en rentrant dans un autre service, échappent nécessairement à l'observation suivie du médecin qui les a antérieurement traités ; plusieurs aussi sont traités à domicile ou dans les infirmeries régimentaires ; d'autres enfin quittent le pays ; avec de tels éléments, insuffisants et mobiles, il est impossible d'établir des statistiques d'où l'on puisse conclure à quelque chose de positif. Néanmoins, à mon avis, la médication analeptique et reconstituante qui domine, du consentement de tous les praticiens, la thérapeutique des cachexies paludéennes, est plus puissamment aidée par un tonique tel que le quinquina, que par un altérant hyposthénisant, comme est l'arsenic.

Ainsi, je reconnais au quinquina le pouvoir de combattre à lui seul tous les éléments actuels ou contingents des maladies périodiques, d'en opérer la cure radicale, quels que soient leur type et leur degré d'intensité, depuis les plus bénignes jusqu'aux pernicieuses les plus graves. Il ne m'a pas été donné d'observer dans ma pratique les formes continues ou sub-continues de l'empoisonnement paludéen ; mais l'expérience de nos confrères de l'armée et de la marine dépose péremptoirement en faveur de leur curabilité par le quinquina.

Au contraire, je n'attribue à l'arsenic que la capacité de répondre à quelques-unes des indications des maladies périodiques : peu actif contre les lésions sécrétoires de l'appareil digestif, sans portée directe contre les congestions viscérales, impuissant à réparer l'état cachectique du sang, il se relève aux yeux du praticien par l'influence évidente qu'il exerce sur la fièvre, les troubles nerveux et le périodisme : de sorte qu'en présence des fièvres bénignes, dégagées de toutes complications graves, il offre des chances de réussite presque assurées. C'en est assez déjà pour le recommander à l'attention des uns et le défendre contre

les préjugés des autres. Mais supposez, en dehors de la forme pernicieuse, la collection de tous les éléments qui complètent la physionomie parfaite d'une fièvre paludéenne, et si vous ne pouvez plus fonder sur l'emploi exclusif de l'arsenic l'espoir d'une guérison certaine, vous pouvez le maintenir dans la médication en dirigeant contre les éléments morbides qu'il ne peut réduire les évacuants et les analeptiques, et instituer ainsi une méthode souvent aussi radicalement curative que celle qui a pour base le quinquina.

Toutefois, je n'ai point cru devoir expérimenter l'arsenic dans les fièvres pernicieuses ; je me déclare donc incompétent à prononcer sur l'efficacité qu'il peut avoir dans leur traitement. C'est qu'on ne peut le manier aussi hardiment que le sulfate de quinine ; je n'ai nullement reconnu qu'il y eût pour l'arsenic comme pour la quinine une sorte de tolérance dans l'état périodique, quoique cette tolérance ait été admise par plusieurs médecins, notamment par MM. Boudin et Fuster. Je ne crois pas que les doses exiguës que j'ai employées dans les cas ordinaires puissent suffire pour arrêter la forme pernicieuse, et cependant je n'oserais point les dépasser. Ces limites de doses entraînent des limites d'opportunité, et c'est là véritablement un nouveau côté faible de l'arsenic. Or, placé entre le double écueil de laisser prendre à la maladie une forme redoutable faute d'agir assez énergiquement contre elle, ou d'empoisonner le malade en forçant la dose du médicament, je renoncerais résolument aux préparations arsenicales, pour accorder toute ma confiance au quinquina.

(La fin au prochain numéro.)

DE LA VALEUR DES INJECTIONS IODÉES DANS LES HYDROPISIES ASCITES, ET DE LA MÉTHODE EMPLOYÉE PAR M. TEISSIER, DE LYON, POUR EN ASSURER L'INNOCUITÉ.

(Suite et fin) (1).

Un homme fort recommandable et connu par un savant traité sur les hydropisies, M. Abeille, a publié dans la Gazette des hôpitaux, 21 décembre 1852, un article duquel on peut conclure que non-seulement les injections iodées ne doivent réussir que très-rarement dans l'hydropisie ascite, mais encore que ce traitement est trop dangereux pour pouvoir être conseillé.

Pour appuyer sa manière de voir, M. Abeille a cité le seul cas où il ait fait usage des injections iodées, et où, suivant lui, cette opération a entraîné la mort de son malade ; puis il s'est efforcé de prouver que les observations de guérison publiées par MM. Grommier et Teis-

(1) Voir la livraison du 30 août, page 145.

sier, de Lyon, n'étaient pas de véritables ascites, mais bien des hydropisies enkystées.

Peu de médecins accepteront le jugement prononcé par M. Abeille, et consentiront à ne voir dans les observations de ces deux honorables praticiens que des tumeurs enkystées. On peut bien admettre, en effet, que des hommes aussi instruits puissent, dans quelques circonstances exceptionnellement difficiles, confondre une hydropisie enkystée avec une véritable ascite; mais il est impossible d'accorder que dans tous les cas qu'ils ont cités comme étant des épanchements péritonéaux, ils aient été induits en erreur.

Evidemment M. Abeille a soutenu dans cette circonstance une opinion beaucoup trop exclusive, et qui n'est pas fondée. Qu'il redoute les dangers que peut entraîner l'injection iodée dans le péritoine, on le conçoit très-bien, quoique ces dangers puissent être évités; mais il n'est pas autorisé à considérer les faits de guérison d'ascite qui ont été publiés par MM. Leriche, Dieulefoy, Deperrière, Boinet, Gintrac, Oré, Grommier et Teissier, comme des faits d'hydropisies enkystées. Nous espérons pouvoir le convaincre lui-même, en décrivant ici avec détail l'observation d'une des malades que nous avons vu opérer par M. Teissier, et chez laquelle s'est présenté le signe que M. Abeille considère comme le seul moyen qui permette de différencier d'une manière décisive l'hydropisie enkystée de la véritable ascite; je veux parler de l'*impossibilité de retirer du ventre le liquide qui a été injecté*, par suite de sa migration entre les circonvolutions intestinales qui se pelotonnent, se contractent et se placent au-devant de l'ouverture artificielle. Voici cette observation :

Obs. I. Emilie Chauler, âgée de vingt-un ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Teissier, le 2 décembre 1852.

Cette jeune fille, d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatique sanguin, a toujours joui, dans son enfance, d'une bonne santé. Elle a été réglée à quatorze ans, et les menstrues, difficiles et irrégulières pendant assez longtemps, sont devenues un peu plus tard d'une régularité parfaite. . . . .

En 1850, sans cause appréciable, son ventre devint tendu, dur, et acquit graduellement des proportions assez grandes. Toutefois, cet état de l'abdomen n'inquiéta sérieusement cette malade que dix-huit mois après, c'est-à-dire vers le mois de septembre 1852, époque à laquelle le volume et le poids du ventre devinrent très-pénibles. Le jour de l'entrée de cette jeune fille à l'hôpital, M. Teissier constata ce qui suit :

Le ventre a acquis un développement qui peut être évalué à 115 centimètres de circonférence ; le ventre est mat à la percussion sur les côtés et en avant jusqu'à trois centimètres au-dessus de l'ombilic ; on entend un son tympanique à partir de ce point jusque dans la région épigastrique ; la fluctuation est sensible de tous côtés et l'ondulation du liquide manifeste.

La malade étant couchée sur le côté droit, la sonorité se déplace ; elle apparaît dans le côté gauche, et *vice versâ*.

Tous ces signes conduisent à admettre l'existence d'un épanchement de liquide dans le péritoine, c'est-à-dire d'une véritable ascite ; car la fluctuation est manifeste à l'hypogastre, dans les fosses iliaques, les flancs et la région de l'ombilic. De plus, le gonflement et la matité du ventre changent de place ou augmentent, suivant que la malade s'incline d'un côté ou de l'autre.

Cette hydropisie paraît être idiopathique, car il est impossible de la rattacher à aucune lésion organique. Le cœur ne présente aucune altération ; le foie a son volume normal, de même que la rate ; les reins sont dans un état d'intégrité complète. L'acide nitrique versé sur les urines n'y dénote pas la moindre quantité d'albumine. L'utérus n'a subi aucune lésion ; il est dans la situation normale. L'estomac et les intestins accomplissent leurs fonctions avec régularité et ne sont le siége d'aucune irritation. Il n'existe pas non plus de signe d'une péritonite, car le ventre est peu douloureux, et encore la douleur provient-elle, non d'une inflammation, mais bien de la quantité de liquide qui se trouve épanché dans le péritoine, qu'il distend outre mesure.

On est donc naturellement conduit à diagnostiquer une ascite essentielle, qu'on ne peut rattacher qu'au trouble des fonctions menstruelles.

Cette malade ayant été soumise inutilement à tous les moyens ordinaires depuis deux ans, aux diurétiques, aux purgatifs, aux vésicatoires, M. Teissier se décide à pratiquer une injection iodée, en se conformant aux idées qui ont été émises plus haut.

Le 6 octobre 1852, en présence de M. le professeur Bonnet, M. Teissier pratique la paracentèse du côté droit et retire 6 litres d'un liquide incolore, parfaitement limpide, peu albumineux, mais notablement alcalin, car il dissout avec une grande facilité la teinture d'iode que l'on y verse. M. Teissier en conclut qu'il faut, dans cette circonstance, pousser une injection un peu chargée en teinture d'iode, puisqu'une partie de ce métalloïde sera naturellement consacrée à neutraliser l'alcalinité du liquide en se combinant avec la soude et la potasse. Cependant, 30 grains de teinture lui paraissent suffisants, à cause de la petite quantité d'albumine que renferme le liquide.

En conséquence, après avoir évacué la plus grande partie de la sérosité et en avoir volontairement laissé deux ou trois litres, il pousse l'injection suivante :

Eau.	125 grammes.
Teinture d'iode.	30 grammes.
Iodure de potassium.	3 grammes.

Au moment même où l'injection pénétrait dans le ventre, la malade ressentit une vive douleur ; au bout de cinq minutes, cette douleur augmentant toujours, M. Teissier cherche à faire sortir par le trocart une partie du liquide injecté ; mais il ne put, malgré tous ses efforts, en retirer plus d'une ou deux cuillerées à bouche. C'est bien là le signe auquel M. Abeille accorde tant de valeur pour distinguer la véritable ascite de l'hydropisie enkystée. La plaie fut ensuite fermée avec du collodion, et le corps entouré d'un bandage convenablement serré.

Les suites immédiates de l'opération furent très-pénibles. Pendant douze

heures les douleurs du ventre conservèrent leur intensité, et celui-ci se ballonna. Il y eut des vomissements de matières bilieuses, le pouls devint petit et fréquent, la face un peu grippée. — *Prescription*. Potion calmante; cataplasmes émollients et frictions sur l'abdomen avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone.

Une heure après l'opération, on constate dans les urines la présence de l'iode, en suivant les procédés indiqués par M. Bonnet, de Lyon, c'est-à-dire en y versant quelques gouttes d'une solution d'amidon et de liqueur de Labarraque.

Le lendemain, le pouls est toujours fréquent et petit ; la sensibilité du ventre est très-vive ; le météorisme persiste ; les vomissements continuent. Même prescription que la veille.

Le troisième jour, les vomissements ont complétement disparu, le pouls est devenu moins fréquent, mais la douleur abdominale persiste, toutefois avec un peu moins d'intensité. L'iode existe toujours en grande quantité dans les urines. Mêmes remèdes.

Le quatrième jour, le pouls a perdu sa petitesse, le ventre est beaucoup moins sensible, il n'est plus si météorisé.

Le cinquième jour, l'amélioration continue; l'abdomen s'affaisse, il n'est presque plus douloureux. L'appétit revient. Il n'y a plus d'iode dans l'urine.

Le sixième jour, le mieux se maintient, et, à partir de ce jour, il va sans cesse en augmentant. Le ventre diminue progressivement. Déjà, le 16, dix jours après l'opération, il n'avait plus que 91 centimètres de circonférence; le 18, 87; et le 23, il n'avait que 79 centimètres; on pouvait le malaxer sans produire de douleur. Le liquide laissé dans le péritoine s'est résorbé en grande partie; il n'en reste plus qu'une très-petite quantité, aussi la fluctuation est à peine perceptible.

La malade a quitté l'hôpital le 24, dix-huit jours après l'opération, dans un état très-satisfaisant. M. Teissier l'a revue plusieurs fois depuis cette époque. Au milieu de novembre, il a constaté que le ventre n'avait plus que 65 centimètres de circonférence; que la jeune fille avait repris toutes ses forces; que la marche était facile et qu'elle n'occasionnait presque aucune fatigue.

Cette malade a quitté Lyon au mois de décembre ; mais M. Teissier en a eu des nouvelles plusieurs mois après, et la guérison s'était bien maintenue.

Le fait que nous venons de faire connaître mérite de fixer un moment notre attention; il nous offre un succès tellement remarquable par sa rapidité, qu'il est difficile de concevoir un fait qui puisse démontrer d'une manière plus décisive les brillants résultats qu'on peut obtenir par les injections iodées dans le traitement des ascites. Aurait-on obtenu un pareil résultat si l'on eût suivi la pratique ordinaire? Il est permis d'en douter. En effet, si l'on eût poussé une injection aussi forte après avoir évacué tout le liquide, comme le conseillent les auteurs, on aurait donné lieu indubitablement à une péritonite suraiguë qui aurait pu entraîner la mort de la malade, puisque cette injection délayée dans une assez grande quantité de liquide que l'on avait

laissée à dessein dans le péritoine a suffi pour provoquer des symptômes inflammatoires assez vifs.

D'un autre côté, si l'on se fût contenté de pousser une injection peu chargée d'iode, on comprend que ce traitement eût pu être insuffisant, puisque ce médicament n'aurait peut-être pas suffi pour saturer l'alcalinité du liquide épanché, et dès lors le résultat eût été très-probablement nul, c'est-à-dire que l'hydropisie se serait reproduite.

Je pourrais citer plusieurs autres faits dont j'ai été témoin, à l'occasion desquels M. Teissier a mis en pratique les mêmes préceptes, avec la même innocuité et les mêmes avantages ; mais je serais obligé de trop étendre les limites de cet article. Je me bornerai à raconter encore, en quelques mots, l'histoire d'une malade dont j'ai déjà parlé, et qui a été guérie, par l'injection, d'une ascite énorme datant de quatorze ans.

Obs. II. Mlle D....., de Belley (Ain), âgée de quarante-huit ans, était atteinte depuis 1840 d'une ascite qui était survenue à la suite d'une diarrhée, laquelle reconnaissait pour cause de violents chagrins. La diarrhée avait disparu, mais l'ascite avait persisté et avait acquis un volume très-considérable. Cette hydropisie fut combattue par tous les moyens ordinaires inutilement, malgré une grande persévérance dans leur emploi.

Elle vint à l'Hôtel-Dieu, en mars 1853, réclamer les soins de M. Teissier, qui, après s'être convaincu que l'hydropisie n'était sous la dépendance d'aucune lésion organique, décida qu'il tenterait l'injection iodée. Mais, comme le ventre avait une circonférence de 1 mètre 50 centimètres, il jugea qu'il était prudent de pratiquer préalablement une simple paracentèse pour diminuer l'étendue de la surface péritonéale et, par conséquent, diminuer l'étendue de la phlegmasie que devait produire la teinture d'iode. Il fit cette première ponction le 22 mars, retira une quinzaine de litres de sérosité, puis il attendit. Une abondante diurèse se manifesta à la suite de cette paracentèse et dura douze jours environ. Au bout de ce temps, le ventre n'avait plus qu'un mètre de circonférence.

Le 10 avril, M. Teissier pratiqua une seconde ponction, retira encore 15 litres de sérosité, en laissa 6 ou 8, puis poussa une injection composée de 25 grammes seulement de teinture d'iode sur 100 grammes d'eau, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium, parce que le liquide extrait était peu alcalin et peu albumineux.

Les suites de cette opération furent des plus simples. La malade ressentit si peu de douleurs que M. Teissier craignait que l'inflammation ne fût pas assez vive et que l'opération ne réussît pas. Heureusement ses craintes ne se sont pas réalisées. Pendant la première semaine il y eut un peu de fièvre ; le ventre se gonfla légèrement, puis ces symptômes diminuèrent. Le cinquième jour, on ne retrouvait déjà plus de traces d'iode dans les urines. Le dixième jour environ, l'absorption du liquide commença; le ventre revint graduellement à 97, 95, 90, 85, et enfin à 80 centimètres de circonférence, et Mlle D... put retourner dans son pays au bout de trois semaines. Quatre mois se sont écoulés depuis cette époque, et la guérison s'est jusqu'à ce jour très-bien maintenue.

Chez tous les malades hydropiques que M. Teissier a traités par les injections iodées, on a pu constater que l'iode se retrouvait déjà dans les urines une demi-heure après l'opération, et qu'on l'y retrouvait encore pendant 4, 5, 6, 8, 10, et même 15 jours, suivant le plus ou moins de puissance éliminatrice dont le malade est doué. C'est ici un point du plus haut intérêt, sur lequel M. le professeur Bonnet a le premier fixé l'attention des médecins, et dont il a montré la valeur sous le rapport des chances de guérison que présente le traitement. Cet habile chirurgien a, en effet, établi dans son remarquable travail sur l'absorption et les effets généraux de l'iode, que plus l'élimination de l'iode a lieu avec rapidité par la voie des urines, plus on a le droit d'espérer la réussite de l'opération : ce qui se conçoit très-bien, car l'absorption et l'élimination du médicament injecté doivent être d'autant plus rapides que la constitution est moins détériorée et que le tissu du péritoine est moins altéré. Cette règle, qui découle des recherches de M. Bonnet, trouve son application constante, et M. Teissier en a vérifié l'exactitude chez tous les opérés.

En résumé, M. Teissier, encouragé par les succès déjà nombreux qu'il a obtenus des injections iodées dans le traitement des épanchements ascitiques, persiste, malgré l'autorité si recommandable de M. Abeille, à considérer ce traitement comme une conquête des plus utiles, et pense que le plus souvent, en suivant les précautions sur lesquelles il insiste, on n'a pas à redouter les dangers que l'on reproche à cette opération.

Il ne faut pas croire pour cela qu'il conseille ces injections presque indistinctement dans tous les cas d'ascites : il professe, au contraire, qu'il en est un très-grand nombre dans lesquelles on ne doit pas les tenter, et, comme M. Abeille, il les rejette dans les hydropisies dues à des lésions organiques du cœur, des poumons, du foie, des reins, de l'utérus, et même des voies digestives; car il considère la diarrhée chronique comme une des conditions les plus défavorables. Il réserve ces injections exclusivement aux cas où l'hydropisie est idiopathique, ou consécutive à un trouble fonctionnel quelconque, sans altération notable d'un organe important, comme, par exemple, on peut l'observer à la suite de la suppression des règles, des hémorrhoïdes, à la suite des fièvres intermittentes, des affections exanthématiques. Les hydropisies véritablement essentielles ou idiopathiques sont rares partout, mais les hydropisies consécutives ou métastatiques, sans maladie organique, sont assez communes, et offrent un champ assez large aux applications heureuses du traitement par les injections iodées.

Docteur Philipeaux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA TUMEUR LACRYMALE COMMENÇANTE ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

La tumeur lacrymale commençante n'est généralement traitée que d'une manière très-imparfaite. L'état aigu est combattu par des applications de sangsues, des lotions émollientes ou résolutives, des cataplasmes, et par des moyens généraux, tels que les bains, les purgatifs, etc. Si la constitution est défectueuse, on a recours aux moyens réputés utiles pour modifier l'organisme. Mais ce n'est pas de la forme aiguë que je m'occupe en ce moment.

Je veux surtout parler de ce mode de formation de la tumeur lacrymale qui la constitue en quelque sorte à l'état chronique d'emblée ; ce sont des tumeurs lacrymales commençantes, qui se produisent avec une indolence remarquable ; elles débutent, et il semble qu'elles soient déjà vieilles dès en commençant.

A part quelques velléités inflammatoires qui s'y observent de loin en loin, par suite d'écarts de régime ou de toute autre cause, cette forme de tumeur lacrymale ne s'annonce généralement que par une légère saillie au grand angle de l'œil, dans le lieu correspondant au sac lacrymal; la saillie existe sans changement de couleur à la peau. Ses inconvénients, à cet état qui peut persister pendant de longues années sans aggravation notable, sont la sécheresse de la narine correspondante, un peu de larmoiement, et la nécessité plutôt désagréable que bien pénible, qui porte le malade à comprimer de temps en temps la petite saillie pour faire refluer par les points lacrymaux, et quelquefois pour chasser dans la narine, la goutte de muco-pus que contient la petite tumeur. Le malade est sollicité à cette manœuvre, en quelque sorte instinctive, par le sentiment de gêne qu'il éprouve à la région lacrymale.

Cet état peut, comme nous l'avons dit, persister sans aggravation pendant de longues années ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il apporte dans la constitution anatomique et physiologique de l'appareil lacrymal un trouble fâcheux, et il faut ajouter qu'il conduit presque fatalement, pour une époque, il est vrai, quelquefois très-éloignée, à la production de la fistule lacrymale.

Si l'on consulte les meilleurs écrits sur la tumeur lacrymale, on est frappé de l'état de pénurie et d'impuissance auquel se trouve réduite la thérapeutique en face de cette forme de l'affection. Nous ne dirons pas que le caractère de cette variété de tumeur lacrymale ait été com-

plétement méconnu, ni que l'on n'ait absolument rien proposé contre elle ; mais nous ferons remarquer que les moyens indiqués sont d'une insuffisance dont nous avons eu plus d'une fois à constater la réalité.

Et cependant, il serait grandement à désirer de trouver dans la pratique des moyens efficaces pour arrêter cette maladie à sa première période, car ce serait guérir préventivement la fistule lacrymale chez un très-grand nombre d'individus. En effet, si nos observations ne nous ont point trompé, l'immense majorité des fistules lacrymales reconnaîtrait l'état dont nous venons de parler comme étant à la fois cause et période de début. C'est dans l'intention de combattre avec efficacité ce genre de tumeur lacrymale commençante que nous avons fait quelques recherches dont les résultats nous paraissent devoir être mentionnés.

C'est à la méthode de Laforêt que nous avons demandé les moyens d'agir directement sur l'état pathologique dont il est ici question.

Il paraîtrait que Laforêt a dû à sa méthode de désobstruction des succès réels; néanmoins, soit difficulté trop grande dans l'exécution du cathétérisme inféro-supérieur, soit insuffisance dans les moyens de projection du liquide, il est arrivé que la méthode de Laforêt est peu à peu tombée en désuétude; et quand de nos jours un chirurgien du plus grand mérite, M. Gensoul, de Lyon, est revenu à l'usage du cathétérisme inféro-supérieur, ç'a été pour dilater ou pour cautériser, mais non pour faire des injections, comme moyen principal de traitement.

Lorsque nous avons voulu reprendre la question au point de vue des injections naso-lacrymales, nous avons cru devoir d'abord procéder par des essais sur le cadavre. Nous n'avons pas tardé à reconnaître que la sonde de Laforêt, pas plus que celle de M. Gensoul, ne pouvaient, du moins sans modifications préalables, servir utilement nos projets.

L'orifice par lequel se terminent ces deux instruments est nécessairement de petite dimension ; or, il faut savoir que quand un orifice est petit, le plus léger obstacle, la simple pression d'une fongosité ou d'un repli muqueux, suffit pour tenir en échec une force considérable employée à la propulsion du liquide. Cet inconvénient est plus marqué encore peut-être dans l'emploi de la sonde de Gensoul que nous avons préférée, par la raison qu'elle pénètre plus avant vers le sac lacrymal. Nous avons donc été forcé de reconnaître que la sonde de Gensoul ne pouvait se prêter à des injections efficaces. On le comprendra facilement, en faisant attention à la courbure un peu plus prononcée de cette sonde, courbure qui fait porter en quelque sorte fatalement l'orifice de l'instrument contre la paroi muqueuse. Autre inconvénient de cette

sonde : si l'on y introduit une bougie élastique très-fine, cette bougie vient heurter elle aussi contre la paroi muqueuse, et ne peut pas monter directement de bas en haut dans le sac lacrymal. Pour remédier à ce double obstacle que rencontrent le cathétérisme inféro-supérieur des parties les plus élevées du sac lacrymal et le jet du liquide qui s'arrête tout court, nous avons modifié l'instrument de Gensoul par l'addition d'une fenêtre latérale pratiquée sur la convexité de l'instrument, près de sa pointe; au moyen de cette simple modification, il nous a été possible, d'une part, de faire pénétrer dans la ligne verticale une bougie très-fine; d'autre part, de lancer directement et avec force le liquide contre l'intérieur du sac. L'agent de propulsion n'est autre chose qu'une pompe atmosphérique dont nous faisons journellement usage dans notre pratique chirurgicale. Cet appareil, dont le principe repose sur la compression de l'air, permet d'employer une force considérable et de lancer le liquide avec toute la vigueur qu'on peut désirer.

C'est donc à l'aide de ces dispositions que nous avons rendu possibles un lavage réellement efficace de l'intérieur du sac lacrymal et l'usage de douches qui, sur le cadavre et quand il n'y a aucune oblitération, viennent sortir avec force par les points lacrymaux, tandis que quand il y a un état pathologique des voies lacrymales, le liquide, surtout dans les commencements du traitement, vient seulement baigner la surface de l'œil sans jaillir à distance.

Une question qui nous a beaucoup occupé, c'est celle de l'obstacle que les valvules du canal lacrymo-nasal, si bien étudiées dans une publication récente de M. Foucher (Archives générales de médecine), pouvaient apporter à l'action des douches dans l'appareil lacrymal. Il nous a semblé que quand la sonde ne pénètre pas à une profondeur suffisante, la propulsion du liquide perd de sa force, ce qui nous a donné lieu de conclure que la forme de sonde qui pénétrait le plus avant est la meilleure, et que sous ce rapport la sonde de Gensoul vaut mieux que celle de Laforêt. Du reste, il est une expérience que nous avons faite bien des fois, et que tout le monde fait sans en avoir la conscience bien distincte, expérience qui prouve que les obstacles au passage ascendant des liquides ou des gaz dans l'appareil naso-lacrymal ne sont pas très à redouter. L'expérience consiste à faire effort comme pour se moucher, les narines étant fermées, tandis que les paupières restent ouvertes; il n'est pas rare de sentir, en même temps que le passage de l'air dans la trompe d'Eustache, celui d'un liquide, peut-être d'un gaz qui reflue à travers les conduits lacrymaux. Certains fumeurs émérites ont même la singulière faculté de faire refluer la

fumée de tabac à travers les points lacrymaux. Nous avons dû nous demander si certains corps étrangers contenus dans les cavités nasales, tels que le tabac en poudre, surtout quand il est très-fin, ne pourraient pas, dans de violents efforts, pénétrer de bas en haut dans le sac lacrymal, y séjourner, et donner lieu, par leur présence, à des accidents inflammatoires, voire même à l'origine de quelques tumeurs lacrymales.

Le premier effet du traitement par les douches inféro-supérieures est de faire tomber la rougeur et l'état inflammatoire des téguments et du sac lacrymal, de diminuer son ampleur, de modifier d'une manière très-sensible la goutte purulente volumineuse que la pression sur le sac faisait sortir par les points lacrymaux avant le commencement du traitement. Cette goutte tend chaque jour à devenir de moins en moins considérable, et à présenter une prédominance progressive de l'élément muqueux sur l'élément purulent. En sorte que, de tout à fait blanche et opaque qu'elle était au début, elle passe à l'état louche, puis enfin à l'état presque complétement transparent.

Parmi les observations que nous avons recueillies à ce sujet, une de celles qui offrent le plus d'intérêt se rapporte à une tumeur lacrymale existant déjà depuis nombre d'années chez un des principaux négociants de la rue de Cléry. Cette tumeur, pour laquelle nous avions été déjà consulté plusieurs années auparavant, fut traitée d'abord par des douches oculaires, des frictions très-variées sur les téguments du grand angle de l'œil, des purgations assez fréquemment répétées, des bains alcalins, l'iodure de potassium *intus et extra*. Ces moyens, quoique employés avec persévérance, ne purent amener la guérison; mais il semblait que leur usage avait pour résultat de tenir le mal en respect, de prévenir les sub-inflammations passagères, qualifiées par nous de poussées inflammatoires, et de prévenir l'ulcération des parois du sac.

Le malade avait été prévenu qu'il devait, surtout quand les pressions n'étaient pas douloureuses, s'opposer par elles à la distension du sac, en le vidant fréquemment par reflux du liquide à travers les points lacrymaux. Malgré tous ces moyens préventifs, la maladie, réduite si l'on veut aux proportions les plus supportables, ne causant pour ainsi dire aucune difformité bien évidente, ne guérissait pas; et, dans le mois de janvier 1853, le malade vint nous trouver avec un état d'aggravation manifeste dans son état habituel. Il était actuellement sous le coup d'un état inflammatoire local, déterminant de la sensibilité, de la rougeur, et une imminence non douteuse d'ulcération aux parois du sac. Son but à ce moment, en venant nous trouver, était même de réclamer des moyens opératoires définitifs et propres à le dé-

barrasser des assujettissements auxquels le condamnait l'existence de cette tumeur. Nous pensâmes que l'ulcération des parois du sac, si elle avait déjà commencé, n'était point encore arrivée au degré où une fistule est inévitable, et nous eûmes recours au traitement par les douches inféro-supérieures. Le traitement commença vers la fin de janvier 1853; il fut continué pendant plusieurs mois. Dans les premiers temps, les douches étaient données tous les deux jours ; plus tard, elles furent encore plus espacées, et enfin, au bout de trois mois, le liquide qu'on faisait sortir du sac était devenu d'une transparence parfaite et ne sortait qu'en très-petite quantité, ce qui annonçait un resserrement très-notable, sinon un retour à l'état normal du sac lacrymal. Ces conditions ayant fait disparaître pour le malade les inconvénients dont il se plaignait, le résultat du traitement équivalait pour lui à une guérison complète, qui pourtant à nos yeux ne peut pas être considérée comme étant à l'abri de toute récidive.

Il résulte évidemment de ce qui a été dit : 1° que la méthode de désobstruction par des douches très-fortement poussées de bas en haut, douches qui ont non pas seulement un effet mécanique, mais de plus une action particulière sur la vitalité de la muqueuse, peut rendre des services réels dans le traitement de la tumeur lacrymale commençante;

2° Que pour tirer un parti significatif de l'emploi de ces douches, il faut réunir plusieurs conditions. L'agent de projection du liquide doit être très-énergique. La sonde doit être pourvue, près de son extrémité, d'un orifice latéral ; la sonde de Gensoul, munie d'une ouverture latérale près de son extrémité, atteindra le but qu'on se propose ;

3° Qu'en admettant qu'on eût recours aux autres médications proposées contre les débuts de la tumeur lacrymale, la méthode de Laforêt, employée d'après les principes que nous avons formulés, devrait précéder l'emploi des autres moyens, ou du moins, être toujours mise en usage concurremment avec eux. CHASSAIGNAC.

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT ENCORE SUR DE NOUVELLES PRÉPARATIONS IODÉES.

Nous signalions, dans un de nos derniers numéros, la tendance des médecins à revenir à l'emploi de l'iode. A ce titre, nous devons mettre sous les yeux des lecteurs de ce journal une série de formules que M. Hannon vient de publier et qu'il recommande d'une manière par-

ticulière à l'attention de ses confrères. M. Hannon prescrit ces préparations dans les cas de débilité générale, d'asthénie, d'hypérémie, etc., et les préfère aux préparations martiales. Elles déterminent, dit-il, presque instantanément une excitation organique générale; elles augmentent sensiblement les facultés digestives, et c'est cette propriété qui les rend précieuses dans le traitement de toutes les affections qui tiennent à une détérioration de l'organisme.

1° *Saccharure iodé.*

Pr. Iode. . . . . 10 centigrammes.
Sucre pulv. . . 20 grammes.

Triturez dans un mortier de manière à obtenir un mélange parfaitement homogène, et divisez ce sucre en 20 prises, que vous conserverez dans du papier. On en prend de une à quatre prises par jour sur une tartine de beurre ou de confitures.

Nous avons constaté que ce sucre était très-facile à prendre, et que la saveur de l'iode était entièrement masquée par les confitures. Ce résultat était facile à prévoir, puisque chaque prise ne contient qu'une très-petite quantité d'iode (0,005 gramme). Si ce sucre ne présente aucun inconvénient sous le rapport de l'administration, il n'en est pas de même au point de vue de sa conservation, car elle est difficile. Placé dans du papier, comme le recommande l'auteur, une partie de l'iode se combine à l'amidon du papier, lorsque le papier contient de l'amidon, tandis que l'autre se volatilise, etc. Sa conservation présente moins d'inconvénients quand on le renferme dans un flacon bouché à l'émeri; mais lorsqu'on le met dans un flacon bouché avec un liége, la perte est encore grande, parce que l'iode se volatilise et altère le bouchon.

2° *Mellite iodé.*

Pr. Iode. . . . . . 10 centigrammes.
Miel de Narbonne. 40 grammes.

Triturez l'iode avec un peu de sucre et ajoutez le miel.

L'auteur en fait prendre un gramme sur une tartine de beurre ou de confitures. On élève la dose progressivement.

Ce miel n'est pas désagréable à prendre et sa conservation est facile. Il faut avoir soin de le faire très-épais, parce que, sans cela, l'iode se précipite, et le dosage varie. Il contient 0,0025 gramme d'iode par gramme de miel.

3° *Pilules iodées.*

Pr. Iode. . . . . . 10 centigrammes.
Mie de pain . . . Q. S.

pour faire 20 pilules. On en prend une à quatre par jour, au moment des repas. On peut aussi faire des bols avec du miel et de la gomme adragante, en faisant entrer dans chacun d'eux 5 milligrammes, ou 1 centigramme d'iode.

Pendant la préparation de ces pilules, l'iode se combine avec l'amidon et l'on obtient, en somme, des pilules d'iodure d'amidon. Mieux vaudrait, selon nous, employer directement de l'iodure d'amidon. On pourrait les préparer avec du sucre et de la gomme, et les recouvrir de gélatine, mais il est préférable de ne pas prescrire de pilules avec l'iode.

4° *Mellite iodé*, *n°* 2.

Pr.	Huile d'olive. . . .	10 grammes.
	Iode.	1 gramme.

Triturez dans un mortier chauffé. Chaque goutte doit renfermer 5 milligrammes d'iode.

Pr.	Huile ci-dessus. . . .	Une goutte.
	Miel.	Une cuillerée à café.

Mêlez. — Une à quatre cuillerées à café par jour.

Ce miel et le sirop suivant sont, d'après l'auteur, les meilleures formes sous lesquelles on puisse administrer les médicaments iodés.

5° *Sirop sthénique iodé.*

Pr.	Sirop de gomme. . . .	150 grammes.
	Sirop de baume de Tolu.	50 grammes.
	Alcool.	10 grammes.
	Essence de lavande. . .	5 gouttes.
	Essence de romarin. .	5 gouttes.

Dissolvez les essences dans l'alcool, pesez les sirops, mêlez et ajoutez une goutte d'huile iodée ci-dessus, par cuillerée à café de sirop. — Deux à quatre cuillerées à café de ce sirop par jour, une heure avant les repas.

6° *Pâte sthénique.*

On prépare cette pâte en ajoutant assez d'huile iodée à de la pâte de lichen, pour que chaque morceau de pâte représente une goutte d'huile iodée, ou 5 milligrammes d'iode. — 2 à 5 morceaux par jour.

Ces trois formules diffèrent essentiellement des trois premières; l'iode n'y est point entièrement à l'état de liberté, et l'action de ces préparations ne peut être comparée. Les proportions d'iode et d'huile sont les proportions que nous avions choisies pour la préparation de notre

huile iodée colorée ; mais l'huile iodée de M. Hannon ne ressemble pas à la nôtre, non-seulement parce que nous employons pour la préparer de l'huile d'amandes, qui est bien moins altérable par l'iode que l'huile d'olive, mais encore parce que l'huile de M. Hannon contient de l'iode en excès, qui réagit sans cesse sur l'huile d'olive, et parce que cette huile ne ressemble pas, lorsqu'elle est ancienne, à l'huile qui est nouvellement préparée.

Si, pour nous rendre compte de l'efficacité de ces préparations iodées, nous comparons la quantité d'iode que M. Hannon administre à ses malades, et les effets qu'il annonce obtenir avec la quantité d'iode que prennent les malades qui boivent de l'huile iodée bien préparée, et les effets qu'on obtient avec cette médication, nous sommes étonné des succès de M. Hannon, et nous sommes tenté de supposer, ou que les faits observés par M. Hannon ne sont pas aussi positifs qu'il l'annonce; ou que, pour employer convenablement les préparations iodées, il faut les prescrire à petites doses ; ou bien encore que l'action thérapeutique de l'iode et de ses préparations est plutôt proportionnelle à la quantité d'iode nécessaire pour que toutes les sécrétions contiennent de l'iode, qu'à la grande quantité d'iode qu'on peut prendre dans un jour.

On pourrait peut-être trouver un appui de cette théorie dans la manière d'agir de l'huile iodée, et dans le temps qui est nécessaire pour qu'un poids d'iode, qu'on administre à un malade soit expulsé du corps par les sécrétions, sous forme d'iodure ; car nous avons constaté les faits suivants en prenant une quantité d'huile iodée représentant 5 centigrammes d'iode : la salive devient sensiblement salée, deux ou trois heures après l'administration de l'huile, et l'on trouve alors de l'iode dans la salive ; l'urine qui est recueillie cinq heures après contient de l'iode ; le mucus nasal est iodé, et la salive contient encore de l'iode quarante heures après ; mais, après la quarante-troisième heure, la salive n'est ni salée ni iodée.

Dans tous les cas, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'adopter la théorie que nous présentons, et de compter sur l'efficacité des formules de M. Hannon, avant que de nombreuses expériences cliniques viennent corroborer les faits annoncés par cet habile médecin.

NOUVELLE FORMULE D'UN SIROP DE CAMPHRE.

Le camphre est un médicament dont on fait un fréquent usage en médecine. Est-ce une raison pour en multiplier les formes pharmaceutiques ? Nous ne le pensons pas. Aux préparations connues, M. Hannon propose d'ajouter les deux suivantes :

Pr.	Camphre.	30 centigrammes.
	Dissolvez dans alcool. .	Q. S. (le moins possible).
	Teinture de quinquina.	5 grammes.
	Teinture de cannelle. .	5 gram. 80 centigr.
	Sirop simple.	200 grammes.
	Sirop d'absinthe. . . .	10 grammes.

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure. — On l'emploie avec avantage dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins, etc.

Mellite camphré.

Pr.	Camphre pulvérisé. . . .	25 centigrammes.
	Miel.	40 grammes.

Mêlez.

A prendre, par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure.

Nous ferons simplement remarquer que le camphre qui entre dans la formule du sirop est employé en trop petite quantité pour être considéré comme la base de ce sirop, et que les teintures ont une action trop énergique pour qu'on puisse penser qu'elles ne sont que les auxiliaires du camphre. Deschamps.

OBSERVATION SUR LE MOUT DU RAISIN.

La plus simple observation peut devenir pour le chimiste le sujet d'une application heureuse et profitable pour la science et les arts; nous désirons que le fait suivant soit dans ce cas.

Si l'on met dans une barrique qui bouche hermétiquement cent litres de jus de raisin nouvellement exprimé (moût de raisin) et quatre-vingts à quatre-vingt-dix grammes de moutarde en poudre, on obtiendra, avec le temps et le repos, un liquide limpide, clair, et sucré ; ce liquide ne fermentera que lorsqu'il aura été décanté de son annihilateur, et encore la fermentation ne sera-t-elle que faible.

Du vin ainsi préparé est presque blanc, d'une saveur douce, agréable à boire; l'odeur de la moutarde n'est perceptible que pour les personnes qui savent qu'on y en a ajouté; on peut la masquer avec un peu de fleur de sureau, qui donne au vin l'arome du muscat.

Nous ne pensons pas que du vin ainsi fabriqué puisse se conserver de longues années. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE LA CHOLÉRINE.

Depuis quelque temps une constitution médicale bien tranchée règne parmi nous, et semble s'étendre sur toute la France. L'extension que le choléra a prise depuis cette époque, et surtout son invasion en Angleterre, portent les esprits à voir dans l'apparition de la cholérine un indice de l'approche du terrible fléau. Qu'y a-t-il de vrai dans cette opinion des masses, ce n'est pas ici l'occasion de le rechercher. Toujours est-il que cette crainte impose au praticien l'obligation de triompher rapidement de cette affection.

Pendant les derniers jours de février dernier et la première huitaine de mars, depuis les derniers jours de juillet jusqu'à ce moment, il s'est présenté à notre observation une vingtaine de cas de cholérine, les unes graves, compliquées de symptômes cholériformes; les autres n'offrant qu'une simple diarrhée accompagnée d'accidents nerveux. Les bons résultats que j'ai obtenus de l'emploi simultané du sous-nitrate de bismuth et de l'ipécacuanha m'engagent à mettre quelques-uns de ces faits sous les yeux de nos confrères.

Nous choisissons trois types des cas qui se sont présentés à notre observation.

Obs. I. Mlle B., vingt-huit ans, nous fait appeler dans la nuit du 18 mars. Elle éprouvait depuis trois jours de la céphalalgie frontale, lorsqu'elle fut prise de refroidissement général avec suppression des urines; évacuations par haut et par bas de matières blanches, ressemblant à de l'eau de riz; hoquet, douleurs musculaires dans les membres inférieurs.

Lorsque j'arrivai près d'elle, le refroidissement persistait ainsi que les douleurs dans les mollets; les vomissements s'étaient calmés sous de petites gorgées d'infusion chaude de camomille; mais il y avait encore du hoquet et des déjections par bas en fusée. Je prescrivis l'emploi de corps chauds autour de la malade; l'infusion de camomille et une poudre de 20 centigrammes de sous-nitrate de bismuth et de 2 centigrammes d'ipécacuanha, d'heure en heure, en remplaçant immédiatement celle qui viendrait à être rejetée par le vomissement.

Le lendemain, la malade était bien, les évacuations étaient complétement supprimées, l'écoulement des urines rétabli. Il restait quelques nausées et un anéantissement considérable. Même tisane, une poudre semblable, de trois en trois heures.

Le 20, la malade se sent bien; elle demande des aliments pour combattre la faiblesse et la tendance au refroidissement dont elle se sent atteinte. Infusion de camomille et de cannelle, tapioka au bouillon de bœuf.

Le 21, la convalescence est franche.

Obs. II. M., peintre en bâtiments, trente-deux ans, a été atteint pendant trois jours de céphalalgie à la suite de laquelle, sans pouvoir rattacher à

aucun écart de régime sa maladie, il a été pris le 1er août de douleurs épigastriques vives avec tension de cette région; un léger hoquet et des nausées, bientôt suivies de coliques, avec évacuations par bas de matières d'un blanc jaunâtre, sortant en fusée. L'artère radiale est calme et donne 68 pulsations par minute.

Prescription : sous-nitrate de bismuth, 2 grammes; poudre d'ipécacuanha, 20 centigrammes, divisés en dix prises. Une dose de deux en deux heures; infusion de camomille, lavement additionné de 10 gouttes de laudanum liquide de Sydenham.

Le 2, les douleurs épigastriques, le hoquet et les nausées ont disparu les évacuations par bas sont plus rares, mais persistent; les coliques sont moins vives. Mêmes prescriptions; seulement les poudres ne doivent être prises que de trois en trois heures.

Le 3, le malade est bien. Deux évacuations sans douleur. Appétit. Une poudre, de quatre en quatre heures, infusion de camomille. Panade au jaune d'œuf.

Le 4, le malade n'accuse plus que de la faiblesse et de la tendance au refroidissement. Infusion de camomille et de cannelle. Régime.

Obs. III. V., cinquante-cinq ans, garçon d'atelier à la Monnaie, après plusieurs jours de céphalalgie, est pris, le 18 septembre, de hoquet, de douleurs épigastriques avec tension de cette région, d'évacuations par haut et par bas d'une matière blanche ressemblant à l'eau de riz, suivies d'une syncope; refroidissement général.

Prescription : séjour au lit; infusion de camomille chaude; poudre de sous-nitrate de bismuth et d'ipécacuanha, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à cessation des vomissements, prises de deux en deux heures.

Le 19, les vomissements sont arrêtés, le hoquet et les douleurs épigastriques ont disparu; mais le malade se plaint d'anéantissement, de douleurs musculaires dans les membres inférieurs, de coliques douloureuses suivies de déjections en fusée de matières blanches en quantité considérable.

Mêmes prescriptions : deux quarts de lavement additionnés de 10 gouttes de laudanum chacun.

Le 20. Le malade n'a eu que deux selles dans la journée du 19; il a voulu se lever, et a eu une syncope. Remis au lit, il s'est plaint de douleurs musculaires dans les mollets, dont on l'a soulagé par des frictions avec du baume tranquille qu'on avait sous la main.

Infusion de camomille et de cannelle; tapioka au bouillon de bœuf.

Le 21, le malade est bien. Même prescription; régime.

Nous ne multiplierons pas les observations.

Les phénomènes nerveux dont se sont accompagnées ces diarrhées de matières muqueuses de couleur blanchâtre, ressemblant à de l'eau de riz; les vomissements, le hoquet et le sentiment d'anéantissement profond, dont se plaignaient les malades, nous permettent de considérer ces cas comme des cholérines plus ou moins intenses, et nous autorisent à préconiser le sous-nitrate de bismuth uni à l'ipécacuanha, comme une méthode rationnelle de traitement.

La camomille et la cannelle viennent ensuite, comme moyen certain de combattre l'hyposthénie qui suit l'accès.

L'addition du laudanum en lavement n'a qu'un but, celui de calmer la souffrance intestinale.

Nous considérons l'emploi du sous-nitrate de bismuth, de l'ipécacuanha, de la camomille et de la cannelle comme parfaitement rationnel, en ce que ces médicaments ont électivité sur le système nerveux ganglionnaire, et qu'ils sont hypersthénisants; de plus, l'un d'eux, l'ipécacuanha, a pour spécificité de modifier les sécrétions de la membrane muqueuse.

Le traitement corrobore la théorie que nous nous sommes faite du siége et de la nature de la cholérine, affection que nous considérons comme une des modalités hyposthéniques du système nerveux ganglionnaire. LECOINTE, D. M.

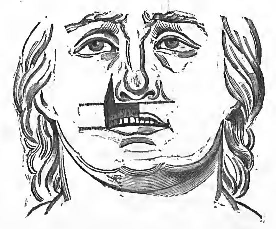
CANCER A LAMELLES (CANCROÏDE) DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE. — ABLATION ET CHÉILOPLASTIE. — GUÉRISON.

Le sujet de l'observation est Mme B..., originaire de la campagne, près Saint-Germain, et y demeurant, âgée de soixante-trois ans, bien constituée, très-grasse. L'histoire de son mal, qui remonte à trente ans, est celle de presque tous les ulcères chancreux de la face ; bouton avec prurit, excoriation, croûte, travail ulcératif, etc. Il n'y a de particulier que l'application de six ligatures, faites à diverses époques par des mains étrangères à l'art médical, application suivie de résultats de plus en plus fâcheux. Voici ce que j'ai noté le 30 août 1852, quand j'ai vu la malade pour la première fois. Entre la commissure labiale droite et la sous-cloison du nez existe un *ulcère* inégal qui forme, en haut et sur les côtés, les deux tiers d'un cercle du diamètre d'une pièce de cinq francs environ, et qui, comprenant en bas le bord libre de la lèvre, dans toute son épaisseur, la creuse sensiblement suivant une ligne à concavité supérieure, longue de deux centimètres; à la surface se voient des granulations de mauvais aspect que recouvre, au moindre mouvement de la lèvre, une nappe de sang, laquelle devient, en se desséchant, une croûte, une plaque noirâtre, mince, adhérente; les bords élevés, déchiquetés et renversés en dehors sont indurés, ainsi que la base ; celle-ci s'étend, en arrière, jusqu'à la muqueuse, et en haut, jusqu'à un centimètre au delà de l'ulcère, en prenant la forme d'un A renversé. Plus haut, on remarque un *bouton* blanc jaunâtre, aplati, de la dimension d'une très-petite lentille, à base sans collet, à surface lisse et luisante, ne donnant insertion à aucun poil. Démangeaisons, mais peu ou point de douleurs lancinantes ; les ganglions voisins ne sont pas engorgés ; l'état général est bon.

En présence d'une affection aussi avancée, le remède était nette-

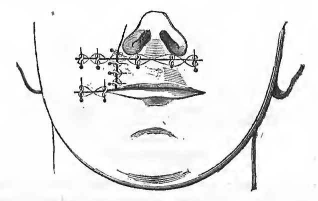
ment indiqué. Il ne pouvait plus être question d'exciser superficiellement ni de cautériser; ce qu'il fallait, c'était l'ablation de la portion de lèvre et de joue malades, en empiétant un peu sur les parties saines, et cette opération elle-même en motivait une autre pour la restauration de la lèvre amputée. En conséquence, le 6 septembre 1852, j'ai circonscrit la tumeur par cinq incisions qui intéressaient toute l'épaisseur des tissus, savoir : deux *verticales*, portées l'une sur la commissure droite, l'autre sur le milieu de la lèvre, de manière à en détacher la moitié dans toute sa hauteur; une *horizontale* immédiatement sous le nez, et deux *obliques*, se rencontrant pour former un Λ sur la fosse canine; disposées ainsi, ces trois dernières incisions réunissaient les deux premières par leur extrémité supérieure. Restait à disséquer la muqueuse et le muscle canin, et j'ai pu enlever la tumeur, y compris le bouton suspect.

A cette pièce, que j'ai eu l'honneur de remettre à la Société de chirurgie, succéda une solution de continuité de même forme et de mêmes dimensions, au fond de laquelle se voyaient les dents, depuis les incisives médianes jusqu'à la deuxième molaire, avec une partie du bord alvéolaire supérieur et de la fosse canine (*fig.* 1).



Le seul procédé de réparation applicable ici était le procédé décrit anciennement par Celse. De nos jours, M. Malgaigne déclare l'avoir conseillé le premier pour la lèvre supérieure; Auguste Bérard, Lisfranc et M. Thomas l'ont mis en pratique, l'un en 1836, les autres un peu plus tard; d'ailleurs, les auteurs ne donnent rien de satisfaisant sur ce sujet, et l'on sait que Ledran, ayant eu à enlever une lèvre supérieure cancéreuse, ne trouva d'autre moyen pour masquer la diffor-

mité, que de faire remonter la lèvre inférieure jusqu'au-dessous de la base du nez. On peut se demander s'il n'était pas plus simple de rapprocher les bords *verticaux* saignants, ce qui aurait réuni en même temps l'incision en A, et n'aurait laissé qu'une cicatrice ; mais la présence du nez et le défaut d'élasticité des joues empêchaient invinciblement ces bords d'arriver au contact ; d'ailleurs, qui ne voit que le nez eût été porté vers la joue droite, que la lèvre inférieure courbée en gouttière, eût peut-être livré passage à la salive, et que l'énorme distension des tissus les eût frappés d'immobilité, sinon de gangrène ? Le procédé que j'ai employé consiste à faire contribuer les joues à la restauration de la lèvre. A cet effet, on les taille avec la portion de lèvre restante, en leur conservant leur épaisseur, de manière à détacher deux lambeaux rectangulaires adhérents en dehors ; puis on fait glisser ces lambeaux en dedans, l'un vers l'autre, jusqu'à ce qu'ils se rencontrent. Ici, l'exécution était simple : il m'a suffi de prolonger mon incision horizontale, de chaque côté, jusqu'à une distance convenable des masséters, et de fendre la commissure droite en proportion ; il n'a pas été nécessaire d'inciser la commissure gauche (*fig.* 1). J'ai réuni, par des sutures à épingles et quelques points de suture simple, tous les bords saignants, à l'exception de celui qui devait constituer le bord libre de la nouvelle lèvre, que j'ai laissé reposer, abandonné à lui-même, sur la lèvre inférieure (*fig.* 2).



Le résultat était déjà satisfaisant quand j'ai amené le sujet à la Société de chirurgie, le 15 décembre 1852. Aujourd'hui, 17 août 1853, les cicatrices sont linéaires ; la lèvre, exempte de véritable difformité, est suffisamment mobile ; en dehors, son bord libre, bord saignant du lambeau autoplastique, est recouvert d'une muqueuse rosée, de nouvelle formation, qui s'est mise en continuité avec la muqueuse primitive ; il

n'y a, j'appelle l'attention sur ce point, ni fourmillement, ni douleur, ni aucune trace de récidive.

Le procédé opératoire décrit dans l'observation qui précède avait été oublié pendant dix-huit siècles, et encore de nos jours, la plupart des classiques n'en font aucune mention ; c'est pourtant le seul à l'aide duquel on puisse obtenir la reconstitution parfaite d'une lèvre supérieure. Peut-être aussi, à cause de la rareté de son application, s'est-on cru permis de le passer sous silence ; si l'on compulse, en effet, les écrits des chirurgiens qui se sont occupés d'autoplastie, depuis Celse jusqu'à M. Serre, on en trouve quatre observations en tout ; la première appartient à Aug. Bérard, la deuxième à Lisfranc, la troisième à M. Thomas, et la quatrième à M. Payan (d'Aix).

Je représente l'opération, pour la première fois, par des planches prises sur nature. Il est vrai que sur l'atlas joint au livre de M. Serre, (Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, 1842, page 191), on voit les figures de deux malades qui paraissent avoir été opérés de même, mais ce sont des figures *théoriques*.

Enfin, je fais connaître un cas de guérison d'un cancroïde. Si ce résultat favorable se confirme, et après plus d'un an on peut commencer à l'espérer, l'observation de Mme B... acquerra une grande valeur, car, bien que les micrographes aient constaté une différence de structure entre le cancer à cellules et le cancer à lamelles, et aient tenté de séparer les uns des autres en pathologie, l'utilité de cette distinction est vivement contestée en pratique : les cancroïdes passent, dans l'opinion de bon nombre de cliniciens, pour être sujets à récidive, comme les autres formes de cancer ; ils offrent les mêmes symptômes et les mêmes indications thérapeutiques (M. Michon, thèse de concours, 1848; M. Velpeau, leçons cliniques).

Par toutes ces raisons, mon observation ne sera pas dépourvue d'intérêt aux yeux de mes confrères. COMBE, D. M.

à Saint-Germain-en-Laye.

BIBLIOGRAPHIE.

Exposition de la doctrine des impondérables, ou nouveaux principes de médecine transcendante et analytique, par CÉSAR-AUGUSTE CHRISTOPHE, docteur en médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes.

Ce livre a-t-il été écrit sous l'influence d'un cauchemar ou d'un état mental encore innommé? Je ne sais. Quelques médecins philosophes, qui ont porté leur attention sur l'origine des conceptions plus ou

moins heureuses dont est encombrée l'histoire de la science, rattachent quelques-unes de celles-ci à des rêves, qui ont laissé dans l'esprit de leurs auteurs des impressions vives et durables : je n'oserais assurer que la théorie nouvelle n'ait pas une origine semblable ; jamais théorie, en effet, ne sentit plus fortement que celle-ci le bonnet de coton... N'est-ce pas véritablement manquer de respect aux hommes honorables qui composent le corps médical, que de leur proposer de telles billevesées comme le dernier mot de la science ? L'auteur, avec une modestie qu'on appréciera, dit quelque part ceci : « Si avec un seul os d'un animal, même antédiluvien, le docte Cuvier pouvait, par des inductions savantes, inférer et dessiner son squelette, pourquoi ma raison, avec un système planétaire, c'est-à-dire, avec un ramuscule du grand arbre de la nature, ne pourrait-elle pas induire et figurer la grandiose anatomie de l'univers ? » Pourquoi ? je vais vous le dire de suite, c'est que celui-là était Georges Cuvier, et que vous, vous n'êtes que M. Christophe. Je n'ai pas le moins du monde l'intention de blesser l'auteur de la doctrine des impondérables en faisant cette simple remarque qui se présente immédiatement à l'esprit ; mon but unique est de montrer tout d'abord qu'il faut se mettre en garde contre les illusions possibles d'un amour-propre qui n'a pas reculé devant une pareille énormité.

C'est là, en effet, le trait principal dont est marqué ce travail, ou, si j'ose le dire, le *symptôme pathognomonique* de cette théorie. Si nous en exceptons Paracelse, qui ne faisait guère de la science que sous l'influence de l'excitation alcoolique, nul réformateur ne s'est dispensé de démontrer son point de départ, d'indiquer au moins sa méthode : M. Christophe ne s'abaisse point à ce rôle ; il affirme, voilà tout : il dirait volontiers comme Jehova : Ecoute, Israël, et tais-toi.

Pourtant M. Christophe, avant d'exposer ses propres affirmations si explicites, de promulguer ses lois, jette un coup d'œil rapide sur l'histoire de la science, non pas seulement de la science médicale, mais de la philosophie elle-même, et de la cosmogonie ; car c'est une cosmogonie tout entière, ni plus ni moins, que l'auteur vient révéler au monde, et la médecine n'est qu'un fragment détaché de cette œuvre colossale. Nous ne perdrons certainement pas notre temps à exposer dans toute son étendue une œuvre si vaste ; il nous faudrait d'abord faire précéder cette exposition d'un glossaire qui initiât le lecteur à la langue particulière de l'auteur ; et ensuite nous ne voyons pas bien le profit qui résulterait, pour qui que ce soit au monde, de cette exposition. Nous ne donnerons des idées du réformateur radical des sciences qu'un simple échantillon ; écoutez : « L'espace, le temps, l'infini, les

nombres sont des abstractions, ils ne sont point des corps ; ils ne sont rien. L'univers est un être matériel, limité, organisé et vivant à sa manière. Sa matérialité est incontestable : ce serait abstraire, inventer, extravaguer (1), que de lui prêter des éléments immatériels. Ses limites et son organisation sont prouvées par la description de sa structure anatomique. Sa vitalité repose sur les lois des agents impondérables, dont le concours constitue sa merveilleuse physiologie. La plus grande vérité qui frappe le philosophe astronome, c'est que parmi les milliards de corps célestes qui composent l'univers, les uns sont enflammés et les autres sont opaques. Les corps célestes sont donc formés : 1° d'un principe matériel et actif qui produit la flamme, et que j'appelle *phlox ;* et 2° d'un principe matériel et passif qui n'est pas la flamme, et que j'appelle *aphlox*. Voilà les seuls principes constituants du monde. Il n'y a qu'une somme bornée de phlox, ou d'atomes actifs ; et il n'y a qu'une somme bornée d'aphlox, ou d'atomes passifs. Le phlox est la grande âme plastique, fluide, impondérable, qui a organisé et vivifie la nature ; et l'aphlox est le substratum inerte, et la base pondérable et modifiable avec laquelle le phlox a construit l'univers. » Maintenant, si nous ajoutons que le phlox se montre sous trois modes fondamentaux, le calorique, l'électricité, la lumière, auxquels correspondent trois modes d'activités spéciales, qui sont : l'attraction, le sécrétisme, et le rayonnement ou l'expansion, nous aurons fait connaître dans ses bases fondamentales et son imposante simplicité la nouvelle théorie du monde, de M. le docteur Christophe.

Quant à la démonstration de ces affirmations si catégoriques, ne nous la demandez pas, car elle ne se trouve nulle part dans le livre : si l'auteur tente quelque chose qui ressemble à une preuve, tout se réduit à une pure tautologie qui épaissit les ténèbres, mais ne les dissipe pas. Avant d'aborder la grande exposition que nous venons d'indiquer sommairement, M. Christophe, ai-je dit, a jeté un coup d'œil rapide sur le passé de la science, en tant que celle-ci, de près ou de loin, se rapproche de sa conception ; en le suivant dans cette étude rétrospective, je n'ai pu toujours, je l'avoue, contenir mon indignation, et vingt fois j'ai été tenté de jeter au feu ce livre, où tant d'insultes sont prodiguées aux plus glorieux représentants de l'humanité : Platon, Socrate, Newton et Descartes surtout, y sont traités avec une impudence qui révolte : heureusement, ces noms-là sont placés trop loin de M. Christophe pour que ses traits les puissent atteindre. A ceux qui voudraient s'édifier sur ce point, nous conseillerons surtout de

(1) Abstraire, c'est extravaguer ! Mais c'est le résultat de la plus haute faculté de l'intelligence humaine. *Certè furit*, dirait un critique que je connais.

lire le passage où l'auteur cherche à renverser la théorie de l'attraction newtonienne; nous sommes convaincu que la conséquence de cette lecture sera pour eux comme pour nous celle-ci, savoir : que l'auteur de la doctrine des impondérables n'a de sa vie compris un mot de la théorie de ce génie immortel.

On a pu remarquer déjà que j'ai mis peu d'ordre dans cette analyse ; c'est qu'un pareil livre ne se lit pas sans qu'on s'interrompe souvent : on le quitte par dépit ; on ne le reprend que par devoir. Je vous ai cité un assez long passage de ce livre ; M. Christophe continue ainsi, sans aucune espèce d'intermittence, pendant deux cent quatorze pages d'impression compacte. Il faudrait une prédisposition particulière pour suffire à un tel labeur ; quant à moi, je vous le dis tout net, je ne m'en suis pas senti capable. Pourtant je ne puis m'empêcher de dire un mot de l'application que M. Christophe fait de sa théorie à la médecine. « Le corps de l'homme, dit-il, est le résumé final, ou l'extrait quintessencié des élaborations immenses et progressives de la nature. Les éléments et les lois de l'univers (que nous avons vus) sont parvenus à leur dernier degré de subtilisation, pour le construire, le vivifier et l'animer. L'organisation ne doit sa structure, sa vie et son animation qu'à ses principes constitutifs, qui ne sont que des transformations et que des perfectionnements du phlox et de l'aphlox de la nature. Son phlox à lui est la somme de ses impondérables vitalisateurs, moteurs et sensibilifiants. » Et plus loin : « Voilà les bases véritables et les indications certaines de l'art. En physiologie, si la santé consiste dans l'harmonie des lois et des mouvements du feu vital ou des impondérables animateurs ; en pathologie, les maladies résulteront des troubles fonctionnels de ces fluides subtils ; et la thérapeutique ne consistera que dans leur régularisation, par les secours de l'hygiène et de la matière médicale. » Je ferai grâce aux lecteurs de la nomenclature barbare, de la langue que parle cette théorie étrange ; il y a là des mots dont la prononciation n'est point à la portée du larynx humain. Aussi bien, quand il s'agit d'idées aussi capiteuses, on les ronfle, on ne les parle pas.

Ai-je été sévère en tout ceci? Non, je n'ai été que juste, ainsi que pourra s'en convaincre quiconque aura la constance de regarder pendant trois ou quatre heures dans ce kaléidoscope d'idées bizarres, fausses, parfaitement étrangères à toute intention scientifique sérieuse. L'auteur de la doctrine des impondérables est certainement M. Christophe, mais certainement aussi, c'est un Christophe peu Colomb : comme c'est son imagination qui lui a servi de boussole, son Amérique découverte est un pur effet de mirage.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur la constitution médicale actuellement régnante. — Au moment où le choléra, bien qu'heureusement encore assez loin de nous, semble nous menacer plus que jamais, où d'ici à peu de jours peut-être nous serons, suivant toute probabilité, visités par ce redoutable fléau, il n'est pas étonnant que l'on attache de l'importance à connaître l'état de la santé publique et à chercher dans les fluctuations et dans les phases qu'elle présente des indices de nature à nous faire prévoir ce que nous devons craindre ou espérer. Sans doute, toute affirmation en pareille matière serait plus qu'une témérité, mais l'expérience ayant montré le choléra ordinairement précédé ou accompagné de diarrhées régnant sur une grande partie de la population, et les recherches qui ont été faites à cet égard dans l'épidémie actuelle en Angleterre ayant mis ce fait plus en relief que jamais, on est en droit de désirer des renseignements sur ce qui se passe en ce moment parmi nous.

Après l'épidémie de fièvres typhoïdes, qui a fait à Paris un assez grand nombre de victimes, la santé publique s'était raffermie, et sauf quelques cas de diarrhée et de dyssentrie, l'état sanitaire était redevenu satisfaisant. Mais depuis le mois de septembre, les fièvres typhoïdes ont reparu pendant quelques jours, et, à leur suite, se sont montrées des diarrhées, souvent accompagnées de vomissements et de douleurs de ventre, et même de fièvres, mais, en général, sans crampes et sans refroidissement des extrémités; diarrhées moins nombreuses sans doute que lors des épidémies cholériques, mais plus nombreuses qu'elles ne le sont ordinairement à cette époque de l'année. Plusieurs de ces diarrhées, ainsi qu'on a pu le voir dans la communication de M. Lecointe et ainsi que nous l'avons vu nous-même, ont offert beaucoup de ressemblance avec ce qu'on appelle la cholérine; mais, à notre connaissance, aucun de ces cas de diarrhée ne s'est terminée par un véritable choléra, et, au contraire, tous les médecins ont été frappés de la facilité avec laquelle ces accidents cédaient au traitement le plus simple, boissons émollientes, lavements laudanisés, et surtout à l'emploi du sous-nitrate de bismuth. Dans quelques cas seulement où des phénomènes d'embarras gastrique coïncidaient avec les diarrhées, nous avons vu l'ipécacuanha triompher de ces accidents avec une merveilleuse facilité. Quelques cas de rhumatisme articulaire, quelques fièvres typhoïdes, quelques érysipèles de la face complètent la physionomie de notre constitution médicale actuelle, très-satisfaisante, sans doute, par le

petit nombre de personnes affectées, mais qui ne doit pas nous laisser entièrement sans inquiétude sur la probabilité d'une invasion du choléra parmi nous, dans un temps plus ou moins éloigné.

Traitement de l'angine par la saignée des veines ranines. —En faisant connaître, il y a quelque temps, les succès obtenus par un médecin espagnol dans le traitement de l'angine par la saignée des veines ranines, nous nous demandions comment une opération aussi simple et aussi facile pouvait avoir été abandonnée, et nous en étions d'autant plus surpris, qu'en consultant les anciens, et entre autres cet excellent traité d'Oribase, que M. Daremberg fait passer en ce moment dans notre langue, nous trouvions cette petite opération décrite avec détail et recommandée avec complaisance contre les angines par deux des plus anciens praticiens de l'antiquité, Antyllus et Galien. Notre collaborateur, M. Aran, qui s'occupe en ce moment de vérifier la valeur des méthodes thérapeutiques employées par les anciens, n'a pas manqué de mettre en pratique la saignée des ranines, et les résultats dont il nous a rendu témoin ne nous permettent pas de mettre en doute l'efficacité de ce traitement. A l'appui de ce que nous venons de dire, nous rapporterons le fait suivant :

Loubière (Félix), garçon marchand de vins, âgé de vingt-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 1er octobre, dans le service de M. Aran. Ce malade, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament lymphatique, avait été pris, le 28 septembre, dans la soirée, à la suite d'un refroidissement, le corps étant en sueur, de frissons, de céphalalgie, de douleur en avalant, et, le lendemain, en se réveillant, les symptômes précédents avaient beaucoup augmenté, la déglutition était presque impossible, la respiration gênée et la voix presque éteinte. Entré à l'hôpital le 1er octobre, dans la journée, l'interne de la salle trouva ce malade en proie à une fièvre vive (92 pulsations) et à une grande anxiété, avec respiration gênée et bruyante. La pression était douloureuse à l'angle des mâchoires, où l'on sentait quelques petits ganglions tuméfiés. Déglutition presque impossible. Ecartement des mâchoires douloureux et difficile ; on parvenait néanmoins à constater que les deux amygdales tuméfiées et d'un rouge violacé ne laissaient entre elles qu'un petit intervalle linéaire sur la ligne médiane. Le soir même, on lui fit prendre 1.50 d'ipécacuanha et 10 centigrammes de tartre stibié.

Le malade vomit abondamment à la suite, et pendant quelques heures il éprouva un peu de soulagement. Mais dans la nuit, les choses

revinrent au même état que la veille, et le lendemain 20 octobre, il était tout aussi souffrant, la déglutition tout aussi difficile et les amygdales tout aussi tuméfiées. M. Aran dit alors au malade de tirer la langue au dehors et, saisissant la pointe de celle-ci avec l'extrémité des doigts de la main gauche couverts d'un linge sec, il incisa les deux veines ranines avec une lancette tenue de la main droite, puis il recommanda au malade de se gargariser fréquemment avec de l'eau chaude, afin de faciliter l'écoulement du sang. Cet écoulement fut en effet assez abondant, et le lendemain matin 3 octobre, il n'était même pas arrêté entièrement; les petites plaies saignaient dès que le malade tirait la langue en dehors de la bouche. Du reste, le soulagement avait été presque immédiat : dix minutes au plus après l'incision des veines ranines, la douleur avait diminué, la déglutition et la parole étaient devenues plus faciles, enfin, les amygdales étaient moins rouges et moins tuméfiées.

Le 4 octobre, l'amélioration était encore plus marquée ; presque plus de gêne dans la déglutition ; les amygdales avaient beaucoup diminué. Néanmoins, comme il restait encore un peu de gonflement le 5 octobre au matin, M. Aran lui fit toucher les amygdales avec un pinceau mouillé, chargé d'alun en poudre.

Le 8 octobre, l'isthme du gosier était revenu à son état normal, et le malade devait quitter l'hôpital le lendemain.

A ceux de nos confrères qui voudraient répéter cette petite opération, nous croyons utile de faire connaître une remarque qui nous a été faite par M. Aran, relativement au procédé opératoire : c'est que, pour pratiquer facilement l'ouverture des veines ranines, il ne faut pas commencer l'incision des veines de la base de la langue à la pointe, mais bien de la pointe à la base ; de cette manière, la lancette trouve devant elle une résistance qui en facilite l'action ; le sang ne coule pas d'ailleurs en assez grande abondance pour empêcher de voir la veine au-dessous et d'en continuer l'incision. M. Aran a l'habitude d'inciser les deux veines ranines, ainsi que l'a recommandé Galien, et d'ouvrir ces deux veines dans toute leur étendue, de manière à ce qu'il s'écoule une quantité suffisante de sang. Les lavages de la bouche avec de l'eau tiède, répétés pendant au moins une heure, facilitent beaucoup l'écoulement du sang. Il y a, du reste, des malades chez lesquels les veines ranines sont tellement grêles et tellement peu visibles, que cette petite opération est à peu près impossible ; mais cela n'a rien de particulier à cette saignée ; car il est aussi des malades dont les veines brachiales sont tellement petites que la phlébotomie est tout à fait impraticable chez eux. Dans ces cas, il faut bien s'en tenir au traitement ordinaire de l'angine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ASTHME (*Emploi des vapeurs nitro-viroso-résineuses dans les accès d'*). Il nous paraît utile d'appeler de temps en temps l'attention des praticiens sur les bons effets d'une méthode généralement trop négligée, nous voulons parler de la méthode athmiatrique et des nombreuses variétés d'application dont elle est susceptible. M. le professeur Trousseau citait récemment, dans une de ses leçons cliniques, parmi les différents traitements des accès d'asthme, un moyen dont il n'a eu, dit-il, qu'à se louer, et qui se rattache à cette méthode. Ce moyen consiste à placer le malade dans une atmosphère de vapeur de papier imprégné de nitrate de potasse. M. le docteur Morpain, de son côté, dit avoir été à même, depuis trois années, de juger de l'efficacité de cette préparation; voici dans quelles circonstances :

Un négociant de Paris, âgé de trente-huit ans, était sujet, depuis l'âge de vingt-cinq ans, à de fréquents accès d'asthme, qui l'avaient jeté dans un état d'accablement et de prostration des forces, tel qu'il ne pouvait plus vaquer à ses affaires. Toutes les médications employées en pareil cas avaient échoué. Interrogé sur celles des médications qui lui avaient le plus souvent réussi, il raconta que, se trouvant, il y a sept à huit ans, à Lyon, on lui avait fait respirer les vapeurs d'un papier qu'il enflammait avant de se coucher dès que les accès se déclaraient. Ces inhalations l'avaient soulagé à un tel point qu'il se croyait guéri. Seize mois après, les accès revinrent. D'après ces indications, M. le docteur Morpain, consulté par ce malade pendant un de ces violents accès d'asthme, lui fit préparer un papier gris imprégné d'une dissolution de nitrate de potasse. Le soulagement ne se fit pas attendre, et le surlendemain, le malade put se lever après avoir fait usage de quatre petites feuilles de papier. Il en fit brûler journellement; les accès s'éloignèrent de plus en plus, et ce malade ne tarda pas à pouvoir reprendre ses occupations, à la condition, toutefois, de recourir à ces inhalations toutes les fois que la moindre dyspnée fait pressentir le retour d'un accès.

Dans le courant de la même année, M. Morpain a vu deux autres asthmatiques auxquels le malade dont il vient d'être question, voulant faire partager les bénéfices de son soulagement, faisait respirer les mêmes vapeurs. Ils n'éprouvèrent que peu de soulagement dans leurs accès en suivant ce traitement. M. Morpain eut alors l'idée de joindre aux vapeurs nitrées les fumigations de plantes et de substances viroso-résineuses. Ces deux malades, soumis à ces nouvelles inhalations, en furent tellement soulagés, que l'un d'eux n'a éprouvé, depuis onze mois, que deux accès, alors que le moindre écart de régime ou d'hygiène lui en causait.

Dans trois autres cas analogues, ces inhalations ont également modifié la fréquence et la marche des accès.

M. Morpain a essayé, dans ces différents cas, soit de faire fumer, soit de faire respirer les vapeurs dans un biberon; mais il s'est constamment mieux trouvé de répandre une atmosphère de vapeurs autour des malades, et de les y laisser plongés pendant un certain temps.

Voici la formule et le mode de préparation de ce carton antiasthmatique, que vient de publier M. Carrié.

Pr. Pâte de carton gris......	120 gr.
Azotate de potasse.......	55
Poudre de belladone.....	5
— de stramoine.....	5
— de digitale.......	5
— de lobelia inflata..	5
— de phellandrie....	5
— de myrrhe........	10
— d'oliban.........	10

Incorporez toutes ces poudres dans la pâte de carton, divisez la masse en trois plaques de trois lignes d'épaisseur, faites sécher dans des moules à pâte de jujubes, puis divisez chacune de ces plaques en douze petits carrés. Pour faire usage de ces cartons, on prend une feuille à laquelle on met le feu en ayant soin, avant de l'enflammer, que la chambre soit bien close; répétez la même combustion tous les soirs, pendant un certain temps. (*Journal des Connaiss. médicales*, sept. 1853.)

COQUELUCHE (*Effets remarquables des inhalations de chloroforme dans la*). S'il y a quelque chose dont on puisse s'étonner, c'est qu'on n'ait pas songé plus tôt à faire usage des inhalations de chloroforme contre la coqueluche, c'est-à-dire contre une des affections les plus franchement spasmodiques que compte la pathologie humaine. Il y a quelques années, un des médecins les plus distingués de Dublin, M. Fleetwood Churchill, s'était bien trouvé des inhalations d'éther sulfurique dans la coqueluche; mais c'est seulement encouragé par quelques tentatives de M. Simpson, que ce médecin a eu recours au chloroforme. Il paraît cependant que l'emploi du chloroforme rencontre d'assez grands obstacles chez les très-jeunes enfants; d'abord, on n'est pas averti de l'approche de l'accès, et par conséquent, on ne peut pas avoir le chloroforme à portée pour le faire inspirer avant le commencement de l'accès; et, d'un autre côté, celui-ci se composant de 8 ou 10 expirations pour une inspiration, le chloroforme serait évaporé avant que le petit malade en eût inhalé quelque peu. Ensuite, les jeunes enfants ont une véritable horreur contre tout ce qu'on veut leur mettre devant la bouche, et ils se débattent violemment jusqu'à ce qu'ils aient satisfait leur besoin de tousser. Mais chez les enfants raisonnables, et surtout chez les enfants de douze ou quatorze ans et au delà, chez lesquels on ne rencontre aucune de ces difficultés, les inhalations de chloroforme ont les résultats les plus remarquables.

M. Fleetwood Churchill rapporte quatre observations : l'une est relative à une jeune fille de seize ans, qui avait la coqueluche depuis un mois, et des accès avec sifflement, surtout pendant la nuit. On lui recommanda, dès qu'elle sentirait venir l'accès, de verser quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir et de le respirer. En deux jours, l'accès avec sifflement avait disparu; il ne restait qu'un peu de toux, qui disparut après huit ou dix jours. Même résultat chez une jeune demoiselle de vingt ans. Dans les deux cas, l'effet fut presque magique, et cependant, toutes les deux avaient une coqueluche des mieux caractérisées. Dans un troisième cas, chez une demoiselle de dix-huit ans, la maladie put être traitée dès le début; il n'y avait pas de sifflement, mais des accès de toux. On recommanda à cette jeune fille d'inspirer un peu de chloroforme dès qu'elle sentait de la titillation au larynx; de cette manière, elle pouvait retarder sa toux indéfiniment, et lorsque celle-ci se montrait subitement, elle était instantanément suspendue par le chloroforme. Néanmoins il fallut trois semaines pour que la tendance à la toux cessât, et par suite pour qu'on renonçât au chloroforme. Mais pendant tout ce temps, elle ne fut pas un seul instant malade; vaquant à ses occupations, mangeant et dormant bien. Dans le quatrième cas l'affection était plus grave, les quintes violentes et prolongées, les efforts d'inspiration et le sifflement si marqués, qu'il semblait que quelque chose allait se rompre dans la poitrine. Perte d'appétit, de sommeil et des forces, bien que la maladie ne durât que depuis trois semaines. Les inhalations de chloroforme diminuèrent le nombre des accès de moitié, mais sans rien retrancher de leur intensité. Le malade s'étant plaint de céphalalgie à la suite de l'emploi du chloroforme, on y renonça, et on lui donna 2 gouttes d'acide prussique de la pharmacopée de Dublin, avec 2 ou 3 gouttes noires, trois fois par jour. L'amélioration survenue pendant l'emploi du chloroforme ne fit que se continuer, et en cinq semaines il était complétement rétabli. (*Monthly journal of med.*, 1853.)

GANGRÈNE FOUDROYANTE *avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines*. M. Maisonneuve vient de présenter à l'Académie des sciences un travail qui a pour objet d'établir : 1° que, dans une certaine variété de gangrène traumatique, à laquelle il donne le nom de gangrène foudroyante, des gaz putrides peuvent se développer dans l'intérieur des veines pendant la vie des malades; 2° que ces gaz peuvent circuler avec le sang et déterminer un empoisonnement rapidement mortel; 3° que, malgré son excessive gravité, cet accident n'est point absolument au-dessus des ressources de l'art.

Parmi les accidents consécutifs aux grands délabrements traumatiques, il en est un qui, par son extrême gravité, fait le désespoir des

chirurgiens, et dont l'explication avait jusqu'à présent échappé aux recherches des anatomo-pathologistes. Il consiste dans la désorganisation rapide qui s'empare des membres soumis à une violente attrition, et qui, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures à peine, entraîne la mort des malades. Cette gangrène, à laquelle je donnerai le nom de gangrène foudroyante, survient ordinairement à la suite de fractures compliquées de plaies, lors, surtout, que la cause vulnérante a, par la violence de son action, produit une profonde désorganisation des tissus, ou bien quand les épanchements considérables de sang infiltré dans les parties molles, se trouvent en communication directe avec l'air extérieur.

Alors, en effet, le sang sorti des vaisseaux, ou bien même les tissus broyés par la contusion, n'ayant plus en eux-mêmes les conditions organiques suffisantes pour continuer à vivre, se putréfient sous l'influence de la chaleur, de l'air et de l'humidité; leur propre décomposition donne lieu alors à la formation de gaz putrides qui s'infiltrent dans les interstices celluleux, et leur contact délétère achève de neutraliser les forces vitales des parties déjà plongées dans la stupeur par suite de la commotion. Toutes ces causes réunies donnent à la fermentation putride une activité terrible. Aussi ne tarde-t-elle pas à englober, dans son mouvement destructeur, les parties même complétement saines. C'est ainsi que les muscles, le tissu cellulaire, les vaisseaux sont frappés de mort. Mais là, malheureusement, ne se borne pas le travail de mortification. En effet, dans les veines sphacélées le sang se coagule, puis bientôt, participant à la décomposition générale, le caillot se putréfie et donne lieu à la formation de gaz putrides. Ceux-ci, contenus par les parois vasculaires, ne tardent pas à briser les faibles adhérences des caillots, pénètrent jusqu'au sang liquide, se mélangent avec lui, et, se trouvant entraînés dans son mouvement circulatoire, vont porter la mort dans les rouages de l'organisme.

C'est en mai 1851 que ce fait important se révéla pour la première fois à mon observation. Un homme de vingt-huit ans avait eu la jambe broyée; le lendemain, la gangrène s'était emparée du membre et le tissu cellulaire était emphysémateux. Je pratiquai des scarifications profondes sur différents points; je constatai un phénomène qui me frappa vivement, et sur lequel j'attirai immédiatement l'attention des élèves. Ce phénomène consistait dans l'issue de bulles nombreuses de gaz par l'orifice des veines que le bistouri venait de diviser. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'illusion. J'allai même jusqu'à saisir avec deux pinces l'orifice d'une des branches de la veine saphène, et, la tenant isolée, je constatai la réalité du phénomène. Le malade mourut dans la nuit.

A l'autopsie, pratiquée vingt-huit heures après la mort, je m'assurai que le foyer gangréneux était bien le point de départ de ces gaz, et que ceux-ci circulaient librement dans les veines.

Ces faits, dont tous les détails avaient été constatés avec une précision rigoureuse, et dont l'explication ne pouvait laisser aucun doute, furent pour moi comme une illumination soudaine qui me donna la clef de plusieurs faits analogues, dont je n'avais pu jusqu'à présent me rendre compte, et j'entrevis dès lors la possibilité de lutter contre cet empoisonnement si terrible par sa rapidité, au moyen d'une décision chirurgicale plus rapide encore.

L'occasion ne tarda pas à se présenter; et, grâce à des conditions exceptionnellement favorables, j'eus le bonheur de voir mes prévisions couronnées de succès. Ce fut chez un homme de trente ans, dont l'avant-bras avait été broyé par une roue de voiture, le 10 juin 1852. Le 12 au matin, je trouvai le membre tout entier, jusques et y compris l'épaule, envahi par la gangrène; partout la peau était soulevée par des gaz. En présence de ces accidents terribles, qui sous mes yeux même et pendant que j'examinais le malade, s'aggravaient encore de minute en minute, je n'hésitai pas à reconnaître cette forme redoutable de gangrène que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, et j'annonçai aux élèves que nous trouverions des gaz putrides circulant librement avec le sang veineux.

Convaincu que, dans une circonstance aussi grave, il n'y avait pour le malade d'espoir de salut que dans une amputation aussi prompte que

possible, et considérant que chaque minute de retard pouvait compromettre la vie, je tirai mon bistouri et je fis immédiatement la section des parties molles, pendant qu'un aide allait chercher la scie, et cela sans donner le temps de rien préparer pour le pansement, ni même de transporter le malade sur le lit d'opération. Au moment où le bistouri divisait les grosses veines, je vis, d'une manière évidente, des bulles de gaz s'échapper avec le sang par leur ouverture béante.

L'autopsie du membre confirma complétement mon diagnostic. Après des accidents extrêmement graves, le malade a fini par se rétablir, et jouit actuellement d'une santé parfaite. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, septembre.)

HUILE ESSENTIELLE D'ORANGES AMÈRES. — *Son action physiologique et pathogénique.* — *Moyens à opposer aux maladies qu'elle engendre.* M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Clermont, vient d'appeler l'attention de ses confrères sur une affection très-peu connue jusqu'ici, on pourrait même dire à peu près complétement ignorée de la grande majorité des praticiens, et qui aurait sa cause dans une industrie spéciale qui s'exerce en grand dans un petit nombre de localités, notamment à Clermont-Ferrand, à Lyon, à Marseille, Apt, Avignon, et quelques autres villes du midi de la France. Cette industrie consiste dans la préparation de ces fruits confits, vulgairement désignés sous le nom de *chinois*, et qui ne sont autre chose que de petites oranges amères, grosses comme une noix, produites par un oranger particulier qui porte le nom de bigaradier chinois (citrus vulgaris chinensis). L'une des principales opérations de cette industrie consiste à peler ces petites oranges. Cette opération se faisait généralement avec un couteau; depuis quelques années, grâce aux progrès des arts mécaniques, dans plusieurs établissements cette opération se fait à la mécanique. Mais quel que soit le procédé employé, le résultat est le même pour les ouvrières occupées à cet ouvrage (ce sont toujours des femmes). On voit, pendant cette opération, se volatiliser dans l'air l'huile essentielle contenue dans l'écorce du chinois. Des gouttelettes coulent sur les doigts, et l'essence peut être absorbée par la peau elle-même; mais c'est surtout par les voies aériennes que les ouvrières inhalent continuellement l'huile volatile qui va développer chez elles les accidents qu'il nous reste à faire connaître.

L'attention de M. Imbert-Gourbeyre ayant été appelée sur ce sujet par plusieurs ouvrières *peleuses* qui, comme la plupart de leurs compagnes, étaient malades par suite de ce genre de travail, il s'est livré à cet égard à une scrupuleuse enquête, qui lui a fait reconnaître qu'effectivement des accidents d'une nature toute spéciale et d'une certaine gravité résultaient de cette opération. Voici quels sont ces accidents.

Les *peleuses* de chinois éprouvent une céphalalgie tantôt générale, tantôt partielle, souvent oppressive et frontale; quelquefois c'est une espèce d'enivrement accompagné de vertiges; d'autres fois c'est une hémicrânie bien caractérisée, plus souvent du côté droit. Elle est souvent accompagnée de nausées et même de vomissements. Il existe aussi de véritables névralgies de la face, tantôt générales, tantôt bornées aux tempes, avec douleurs lancinantes ou rongeantes. La vue est parfois affaiblie; il existe fréquemment des bourdonnements dans les oreilles, mais sans dysécée. On rencontre dans quelques cas des tiraillements sur l'un des côtés de la face, espèce de convulsions épileptiformes passagères et se répétant fréquemment. Souvent il y a suffocation, oppression thoracique, étouffement douloureux à la partie supérieure du sternum; parfois sensation d'étranglement à la gorge et pleurodynie; bâillements fréquents et irrésistibles et, du côté de l'estomac, malaise fréquent, pyrosis, pesanteur, délabrement, etc. Sommeil ordinairement agité avec rêves, réveil en sursaut et chaleur brûlante. Les membres sont fréquemment le siége de tiraillements, de pandiculations; tout le système musculaire est agacé; parfois il y a courbature générale, crampes, excitations, mouvements brusques et rapides; dans quelques cas même, tremblement général, convulsions unilatérales et épileptiformes. Il existe, en outre, des démangeaisons générales, plus souvent partielles et localisées aux extrémités supérieures, avec enflure et rougeur des mains, ainsi que des

éruptions de plaques rouges sur diverses parties du corps, ou des éruptions vésiculeuses sur tout le bras, principalement aux mains et entre les doigts, et quelquefois une enflure érysipélateuse de la face.

En résumé, ces accidents sont de deux ordres : d'un côté, des accidents locaux caractérisés par des éruptions de diverses natures; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgies, névralgies faciales, bourdonnements d'oreille, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes, et même convulsions épileptiformes.

Cette sorte d'intoxication a été observée sur les trois quarts environ des ouvrières. Quoiqu'elle n'ait chez aucune d'elles mis la vie en danger, on peut néanmoins juger de la gravité de ses effets par la nécessité où un grand nombre de ces femmes se trouvent de renoncer entièrement à ce métier après l'avoir exercé quelque temps.

Les effets physiologiques et pathogéniques de l'huile essentielle d'oranges amères se rapprochent beaucoup de ceux du camphre, avec lequel elle présente du reste de grandes analogies de composition chimique.

Ces effets sont curieux à rapprocher de l'action thérapeutique si connue de l'eau de fleurs d'oranger. C'est un exemple de plus à joindre à ces faits dont on a déduit des lois dites de similitude ou de substitution.

Quant aux moyens à opposer aux accidents spéciaux qui viennent d'être exposés, ils se bornent à peu près à la cessation complète ou tout au moins à la suspension du genre de travail qui y donne lieu. (*Gazette méd. de Paris*, septembre 1852.)

NÉVRALGIE *du nerf dentaire inférieur datant de deux ans. Résection par le procédé de M. Beau.* Nous avons fait connaître dans le temps les procédés opératoires imaginés et appliqués depuis avec succès par M. Jules Roux, pour la résection des nerfs atteints de ces névralgies rebelles à tous les traitements internes ou topiques, qui font également le désespoir des malades et des médecins. Une heureuse modification à ces procédés a été imaginée depuis par M. Beau. Nous ne pouvons mieux faire, pour en donner une idée exacte à nos lecteurs, que de rapporter textuellement l'observation suivante, dans laquelle ce procédé a été appliqué pour la première fois, avec un plein succès, par M. le professeur Sédillot.

Une femme de quarante-trois ans entre à la clinique de M. Sédillot, pour y subir une opération qui mît un terme à son état. Elle souffrait, depuis plus de deux ans, d'une névralgie dont le point de départ semble avoir eu pour siége le nerf dentaire inférieur; mais les douleurs se sont étendues successivement à tout le côté gauche de la joue, de la tempe et du front, et sont devenues d'une si grande fréquence, qu'elles se répètent par accès dont les intervalles laissent à peine quelques minutes de repos. A chaque accès, les muscles du côté gauche de la face se contractent, la figure se grippe; la tête est penchée en avant, immobile, soutenue par les deux mains. Cette malheureuse femme s'était fait arracher toutes les dents de la moitié gauche du maxillaire, sans aucun avantage. Tout l'arsenal des calmants et des narcotiques avait été épuisé sans succès.

Le 23 juin, la malade, décidée à l'opération que lui a proposée M. Sédillot, est conduite à l'amphithéâtre, où elle est chloroformisée jusqu'à la résolution musculaire la plus complète. M. Sédillot, en présence de plusieurs médecins, pratique une incision à légère convexité inférieure le long du bord cervical du maxillaire, depuis la dent canine jusqu'au bord antérieur du masséter. Toutes les parties molles sont divisées jusqu'à l'os, et relevées sous forme de lambeau au-dessus du trou mentonnier, dont on voit émerger les filets très-nombreux et très-volumineux du nerf dentaire. Une couronne de trépan à main est immédiatement appliquée à trois centimètres environ plus en arrière. La virole osseuse enlevée avait au moins six millimètres d'épaisseur; on découvre, en rompant quelques lamelles osseuses, le nerf dentaire, dont M. Sédillot opère la section à l'angle postérieur de la plaie osseuse. Le faisceau nerveux mentonnier est séparé du tissu cellulaire environnant et coupé à deux centimètres du point d'émergence. L'opérateur saisit alors avec des pinces les deux extrémités du nerf (l'une dans l'ouverture faite par le trépan, l'autre en avant du trou mentonnier), les ébranle pour les

détacher et les rendre mobiles, et, abandonnant le bout postérieur, retire, par traction, de la portion antérieure du canal dentaire, une longueur de quatre centimètres du nerf, qui forme un cordon arrondi, résistant, d'un blanc un peu opalin, sans injection sanguine, et d'un volume assez fort. On place une petite mèche de charpie dans la plaie, sur laquelle on laisse retomber spontanément le lambeau.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade n'accusa pas un grand soulagement, ce qui ne fut pas jugé de mauvais augure par M. Sédillot, qui avait prévu et annoncé ce résultat, on se fondant sur l'exaspération momentanée des douleurs produite par l'excision elle-même. Dès le troisième jour, les crises étaient moins fréquentes, et les douleurs plus sourdes.

Les jours suivants, amélioration progressive, sommeil calme et réparateur.

Le huitième jour, la malade qui avait gardé un silence obstiné, et refusé de répondre autrement que par monosyllabes, annonce avec satisfaction qu'elle ne souffre plus, et remue librement les mâchoires; elle accuse de l'appétit.

La plaie s'est fermée le seizième jour, sans exfoliation. La malade avait repris, à cette époque, un peu d'embonpoint, de l'activité et une expression de contentement; la petite cicatrice, cachée sous le rebord osseux du maxillaire, était à peine visible.

Cette première épreuve du procédé de M. Beau a été des plus remarquables par la rapidité de la guérison, et elle en montre à la fois la sûreté et la simplicité. (*Gaz. des hôpitaux*, sept. 1853.)

SPIRÉE ULMAIRE (*Hydropisie ascite symptomatique d'une tumeur pylorique, guérie par la*). Le Bulletin a fait connaître les bons effets qu'un habile praticien de Lyon, M. le docteur Teissier, a obtenus de l'emploi de la spirée ulmaire (reine des prés), comme diurétique, dans le traitement de l'hydropisie (voy. *Bull. de Thérap.*, t. 40, p. 344). Un fait récemment communiqué à la Société de médecine de Toulouse par M. le docteur Guitard, chef interne de l'Hôtel-Dieu, est de nature à confirmer les espérances que les premiers essais de M. Teissier avaient fait concevoir.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui, depuis trois ans, s'était aperçu de la présence et du développement très-lent d'une tumeur à la région épigastrique, qui n'avait produit jusque-là que de légers accidents du côté du tube digestif et quelques troubles dans la digestion.

Au mois de juin 1851, l'état du malade s'étant sensiblement empiré et compliqué d'accidents nouveaux, il alla consulter M. le docteur Guitard, qui, dans l'espoir de prévenir la suffusion séreuse et l'épanchement abdominal, qui lui paraissaient imminents, prescrivit l'usage de la tisane de pariétaire nitrée et le sirop de digitale, un régime tonique, etc. Malgré ce régime, l'état du malade continua à s'aggraver et, vers le mois de septembre, on constata un épanchement abdominal. Le nitrate de potasse à doses assez élevées (4 grammes par litre de tisane), des onctions d'onguent napolitain, plus tard des onctions avec l'iodure de potassium, n'empêchèrent nullement les progrès de la maladie : l'ascite augmenta, les membres pelviens et le scrotum s'infiltrèrent. La paracentèse fut pratiquée le 29 octobre suivant, et la teinture de digitale fut de nouveau prescrite jusqu'à 30 et 40 gouttes par jour à l'intérieur, et en fomentations sur l'abdomen avec la teinture de scille; puis, plus tard, deux larges vésicatoires semilunaires furent appliqués sur l'abdomen.

L'épanchement se reproduisit malgré cette médication active. L'usage de la tisane de racine d'asperges, conseillé par un ami, dut bientôt être mis de côté, à cause des malaises d'estomac auxquels il donnait lieu. Enfin, sur la foi de quelques articles de journaux, ce malade fut mis à l'usage de la tisane de la reine des prés (spirée ulmaire). Mais, avant, une seconde ponction fut pratiquée. La tisane d'ulmaire fut faite avec la plante entière et sèche.

Dans les premiers jours qui suivirent la ponction, la collection semblait se renouveler plus promptement; mais, après une semaine de l'emploi de cette tisane, il s'établit une abondante diurèse; le ventre s'affaissa peu à peu, et l'on revint alors aux applications d'onguent à l'iodure de potassium. L'usage de la tisane de spirée ulmaire fut continué, et l'on y ajouta l'administration de l'eau de Lugol, ainsi formulée :

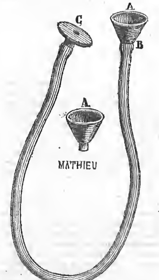
Pr.	Eau distillée........	1 litre
	Iodure de potassium..	4 décigr.
	Iode................	2 décigr.
	Sel marin...........	30 gramm.

Quand le ventre ne donna plus signe d'épanchement, on en donna d'abord une cuillerée à bouche, matin et soir, pour augmenter graduellement jusqu'à douze par jour.

L'épanchement séreux ne revint pas, et la fièvre disparut peu à peu. Le malade prit quelque nourriture, d'abord légère, et put arriver graduellement à des aliments plus réparateurs. Vers la fin du mois de janvier, le malade se portait pour le moins aussi bien qu'avant sa maladie; la tumeur pylorique avait diminué, mais non complétement disparu. Quant à l'épanchement, il ne s'était plus reproduit après plus de six mois d'observation à dater de la cessation du traitement.

Bien qu'une médication énergique complexe ait précédé et suivi l'administration de la spirée ulmaire chez ce malade, on ne peut néanmoins méconnaître, dans la relation de ce fait, l'influence qu'a eue cette substance sur la disparition définitive de l'épanchement. (*Gaz. des Hôpit.*, septembre 1853.)

STÉTHOSCOPE (*Quelques mots sur un nouveau*). Autant nous cherchons à ne laisser inaperçue aucune découverte importante, aucune amélioration de détail, si légère qu'elle soit, lorsqu'elle peut être de quelque utilité pour le praticien, autant nous devons chercher à prémunir nos lecteurs contre les nouveautés sans avantage réel et sans but utile et pratique. C'est dans cette dernière catégorie que nous n'hésitons pas à ranger un nouveau stéthoscope, dont plusieurs journaux de médecine ont fait beaucoup de bruit, et qui joindrait à l'avantage de rendre l'examen facile à distance et même sur soi-même, d'autres avantages assez peu en rapport avec l'usage habituel des instruments de ce genre, par exemple, de pouvoir remplacer efficacement la ligature dont on se sert habituellement dans la pratique de la phlébotomie, et de pouvoir servir à l'insufflation médiate de l'air dans les poumons, dans le cas d'asphyxie imminente du fœtus au moment de la naissance. Ainsi qu'on peut le voir dans la figure ci-jointe, ce stéthoscope n'est autre qu'un tube en caoutchouc long de 60 centimètres environ, et pourvu à l'une de ses extrémités d'une portion évasée, et à l'autre d'une plaque auriculaire. Ce n'est pas la première fois que nous voyons un instrument de ce genre, et nous nous rappelons qu'il y a bien des années, un médecin distingué, M. Vigier, atteint de phthisie pulmonaire, avait fait fabriquer un stéthoscope flexible et très-long pour suivre lui-même les progrès de son mal. Mais en mettant de côté la question de priorité, nous nous demandons quelle peut être réellement l'utilité de l'instrument de M. Giraud. Qui ne sait que le stéthoscope a pour effet, quoi qu'en ait dit Laënnec, d'affaiblir beaucoup les sons, et qui ne sait aussi que plus on allonge le stéthoscope, plus la perception des sons s'affaiblit? Nous avons voulu essayer sur nous-même



le stéthoscope de M. Giraud, et nous déclarons que, malgré la plus grande attention, il nous a été difficile d'apprécier notre murmure respiratoire et les battements de notre cœur. C'est aussi l'effet que cet instrument a produit sur tous ceux qui ont bien voulu s'en servir, et nous avons entendu M. le professeur Piorry, sur l'autorité duquel on a voulu s'appuyer, s'exprimer très-nettement sur l'inutilité et sur les inconvénients de cet instrument, en tant que stéthoscope. Quant aux au-

tres avantages que M. Giraud veut bien attribuer à son instrument, il les possède peut-être, quoique nous en doutions fort ; mais qui ne sait ce que valent ces instruments bons à tout et bons à rien, comme on le dit vulgairement? Nous croyons à la bonne foi de notre confrère; mais il se fait grande illusion certainement à l'endroit de son stéthoscope, et nous avons tenu par conséquent à prémunir nos lecteurs contre les louanges immodérées données à cet instrument par des personnes probablement peu compétentes, et surtout peu versées dans l'auscultation.

SURDI-MUTITÉ *causée par la frayeur ; bons effets des mercuriaux et des sternutatoires.* On ne sait peut-être pas assez le bon parti que l'on peut tirer des mercuriaux et des sternutatoires dans le traitement de la surdité. Les sternutatoires, les errhins, comme on les appelait autrefois, sont à tort relégués hors du domaine de la thérapeutique ; il suffit de lire les anciens, pour voir qu'ils attachaient, non sans raison, des avantages réels à leur emploi. Il y a quelques années, Hufeland a fait connaître (*Neue ausw. Klein. med. Schrift.* S. 188) un traitement dans lequel il associe les mercuriaux aux sternutatoires. Comme ce traitement est peu connu, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant, dans lequel son emploi a été couronné d'un plein succès.

Un pauvre garçon tailleur, âgé de vingt-trois ans, qui voyageait en Allemagne au mois de janvier 1848, en demandant l'aumône, fut saisi par une ronde de police et jeté avec violence dans un cachot souterrain, humide et privé d'air, dans lequel il resta couché sur un peu de paille et sans aliments depuis quatre heures de l'après-midi jusqu'à dix heures du matin, le lendemain. Il fut tellement impressionné qu'il tomba pendant la nuit dans un sommeil agité avec de violents frissons ; et lorsqu'il fut relâché le lendemain, il éprouvait de forts étourdissements, une grande lourdeur de tête, presque comme s'il eût été ivre ; mais ce qui était plus grave pour lui, il avait perdu l'ouïe et la parole. Pendant plusieurs mois, il continua à voyager, ne pouvant rien comprendre de ce qu'on lui disait et ne se faisant entendre qu'en écrivant ce dont il avait besoin. De retour chez ses parents, il consulta le docteur Oberstardt, qui ne découvrit aucune altération vers l'oreille externe ni trace d'otorrhée antérieure. L'ouïe n'en était pas moins perdue complétement : le malade n'entendait pas le tic-tac de la montre placée entre les dents ni des bruits bien autrement forts ; il écrivait qu'il n'entendait pas l'explosion d'un fusil, le son des cloches et que, dans l'église, il s'apercevait que celles-ci sonnaient au frémissement qui se produisait dans le pavé. Comme la langue était chargée, il fut purgé d'abord avec une infusion de séné composée et un sel amer ; douze ventouses à la nuque, pédiluves sinapisés, et les jours suivants, des frictions avec la pommade stibiée à la nuque, puis des diaphorétiques furent employés tour à tour, mais sans aucun résultat favorable à la surdité. Enfin, après cinq jours de traitement, M. Oberstardt eut recours au traitement de Hufeland, qui se compose : 1° de frictions matin et soir derrière les oreilles et autour des apophyses mastoïdes avec gros comme un pois de la pommade cantharidienne suivante :

Pr. Poudre de cantharides....	60 cent.
Onguent rosat..........	4 gram.

2° De l'administration matin et soir d'un des paquets comme suit:

Pr. Racine de gaïac.........	75 cent.
Soufre doré d'antimoine et calomel, de chaque..	5 cent.
Oléo-saccharure de fenouil................	60 cent.

Faites 8 paquets semblables.

3° De l'usage habituel et répété plusieurs fois par jour de la poudre sternutatoire suivante :

Pr. Marjolaine, lavande, sucre blanc en poudre, de chaque.............	4 gram.
Fleurs de muguet en poudre et savon médicinal desséché, de chaque...	2 gram.
Essences d'œillet et de bergamotte, de chaque.	2 goutt.

Dès le troisième jour de ce traitement et lorsque le malade eut pris cinq prises de poudre, la salivation mercurielle était pleinement établie, une plaie suppurante ouverte derrière les oreilles, et la poudre sternutatoire, prise avec plaisir, avait produit un abondant écoulement de mucus par les narines, lorsque tout d'un coup le malade s'aperçut d'un fort bruit et comme d'un bouillonnement dans la tête,

et il recouvra tout d'un coup, dans l'après-midi, la faculté de parler et d'entendre ce qu'on lui disait. Cette amélioration persista, et, dans la soirée, le malade avait recouvré complétement la faculté de la parole et de l'ouïe. Depuis cette époque, il a toujours joui d'une bonne santé. (*Rhein monatschrift für prak. Aertze* et *Gaz. dell. acad. di Torino*, 1853.)

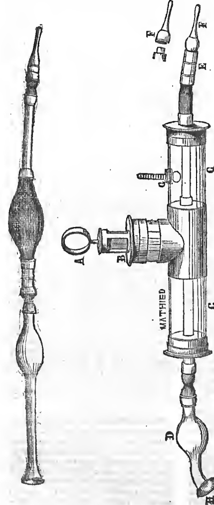
SYNCOPE *chez les enfants à la mamelle*. Une question des plus intéressantes a été débattue dernièrement dans le sein de la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'une affection qui a pu induire bien des praticiens en erreur, à l'égard du diagnostic, mais bien plus du pronostic, de la syncope chez les enfants à la mamelle. L'observation qui a donné lieu à cette discussion a été rapportée par M. Marotte :

Une petite fille de cinq mois et demi fut prise tout à coup, le 8 mars, pendant son sommeil, d'une grande pâleur envahissant toutes les parties visibles du corps; suspension du pouls et de la respiration, bras tombés inertes le long du corps. En l'agitant, la connaissance était revenue après quelques instants, par une transition rapide. Quelques régurgitations de lait caillé et une garderobe abondante avaient accompagné ce retour à la vie. L'enfant était à peine rendormie depuis cinq ou six minutes que la même scène s'était renouvelée avec des symptômes moins effrayants et moins durables que la première fois. Les deux jours suivants, deux syncopes se manifestèrent vers la même heure et avec des symptômes à peu près identiques. Le quatrième jour, les deux syncopes se montrèrent à l'heure accoutumée; mais, à dater de cette époque, pas de régularité dans le retour ni dans le nombre de ces attaques. Ainsi, pendant deux ou trois jours, il y eut deux syncopes principales, entre dix heures et midi; les jours suivants, elles avancèrent ou retardèrent sans règle fixe, se multipliant et paraissant même dans la nuit. On observa tous les degrés de la syncope, depuis la simple pâleur, depuis le ralentissement et l'irrégularité de la respiration, depuis la lenteur et l'intermittence du pouls jusqu'à la perte complète de connaissance. Pas de variation sensible dans la marche des accidents pendant les douze premiers jours; à dater de cette époque, ils commencèrent à diminuer en nombre et surtout en intensité. Deux circonstances particulières ont coïncidé constamment avec les syncopes à différents degrés, le sommeil et des troubles intestinaux. Cette enfant, aux chairs transparentes et peu colorées, avait déjà eu auparavant du porrigo larvalis, des troubles du côté de l'intestin, un catarrhe suffocant et, à la suite, des accès bien tranchés de fièvre intermittente double-tierce. Cette circonstance fit penser à une fièvre larvée : du quinquina fut conseillé intus et extra; mais la périodicité fut seulement dérangée. Songeant alors que l'anémie était peut-être la cause de la lipothymie, M. Marotte conseilla un régime réparateur et quelques médicaments appropriés à l'état des voies digestives, qui ont eu le résultat qu'il en espérait. Des faits analogues ont été cités dans la discussion par MM. Vigla, Henri Roger, Devergie, Barthez (Ernest), Delasiauve, mais avec cette particularité de plus que, dans plusieurs de ces cas, la mort a été subite. Il importe donc que les médecins soient prévenus à la fois de la possibilité de la syncope chez les enfants nouveau-nés et de la gravité de cette syncope. Il reste cependant une grande lacune, c'est de déterminer les conditions particulières dans lesquelles ces syncopes peuvent survenir chez les enfants, de manière à pouvoir se mettre à l'abri des graves conséquences qu'elles comportent. Il va sans dire que ces syncopes doivent être combattues comme celles de l'adulte, mais en attaquant, autant que possible, la condition morbide qui les cause et les entretient. (*Bull. de la Soc. de méd. des hôpitaux*, 1853.)

TRANSFUSION DU SANG (*Instruments nouveaux pour la*). Frappé de l'insuffisance de la plupart des procédés imaginés jusqu'à ce jour pour exécuter cette grave opération; frappé aussi des inconvénients réels de quelques-uns d'entre eux, M. Mathieu a construit pour cet usage un appareil spécial, qui lui semble réunir toutes les conditions désirables de succès.

Fig. 1. C'est une sphère creuse en caoutchouc vulcanisé; on y fait le vide en la pressant dans la main, puis l'abandonnant à elle-même, elle s'épanouit en vertu de son élas-

ticité, et exerce alors une véritable succion sur les deux tubes de verre, qui lui font suite de chaque côté. Ces tubes se terminent, à savoir : le premier, par une sorte de ventouse appliquée exactement autour de la



plaie veineuse sur le bras de la personne qui fournit le sang; le second, par une canule en ivoire, introduite dans la veine de celui qui reçoit le sang. Dans les petits cylindres d'ivoire sont renfermées deux petites boules de liége, qui font office de soupapes; elles empêchent soit le reflux du sang vers la veine où on le puise, au moment où la sphère est aplatie par la main de l'opérateur, soit le reflux du liquide de la canule et de la veine où elle plonge vers la sphère creuse au moment où celle-ci s'épanouit. Ajoutons, pour ne rien omettre, que la ventouse, ainsi que la canule, sont rattachées aux tubes de verre par des bouts de tube en caoutchouc, ce qui permet d'incliner en divers sens ces deux extrémités, sans déranger le reste de l'appareil et sans changer la position des deux personnes.

Les principales difficultés matérielles de l'opération se trouvent ainsi éludées; le passage du sang de l'un à l'autre individu est pour ainsi dire instantané; le vide est aussi complet que possible, et aucune bulle d'air ne peut se mêler à ce fluide au moment où il est injecté. Reste à éviter les effets du refroidissement et de la coagulation, qu'il favorise : on peut y arriver en plongeant l'instrument que nous venons de décrire dans un bain d'eau chaude; mais on y parvient plus aisément et d'une manière plus complète à l'aide de l'appareil suivant, quoique celui que nous venons de décrire ait été employé une fois par M. Maisonneuve avec un succès complet au point de vue du fonctionnement.

Fig. 2. L'aspiration et l'injection, au lieu d'être produites par une boule en caoutchouc, sont opérées par un petit corps de pompe B et un cylindre dont l'anneau se voit en A. L'appareil en verre et en caoutchouc qui vient d'être décrit, terminé d'un côté par la ventouse H, avec son réservoir D, de l'autre par la canule F, est placé dans un tube de verre épais, fermé à ses deux extrémités, que l'on remplit

d'eau chaude, versée par le trou G. Un thermomètre indique exactement la température de ce bain à chaque des moments de l'opération. Au point de jonction du tube de verre, soit avec le corps de pompe, soit avec ses annexes E et D, se trouvent des soupapes qui permettent de faire dans l'intérieur de l'appareil un vide parfait.

La quantité du sang fourni se mesure d'une manière exacte, en comptant le nombre de coups de piston donnés; il en est de même pour l'appareil fig. 1; il suffit de compter chaque fois qu'on aplatit la sphère entre les doigts. Dans le petit cylindre E, se trouve une soupape qui empêche la sortie du sang du tube, lorsqu'il est amorcé. Cette dernière modification que j'ai faite à mon appareil, dit l'auteur, est très-importante; car si une partie du sang contenu dans le tube en E venait à s'échapper, la place qu'il occupait serait remplacée par une quantité d'air égale à son volume, et cet air serait introduit dans la veine. Aussi il est inutile d'ajouter qu'on ne doit procéder à l'injection qu'après avoir amorcé cet instrument et s'être assuré préalablement qu'il est exactement vide d'air.

Reste maintenant à l'expérimentation à juger par l'usage cet appareil instrumental : ces essais pouvant se faire sur les animaux ; la question ne tardera pas à être jugée. (*Comptes rendus de l'Acad. de méd.*, octobre.)

VARIOLE (*Sur la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la*) *depuis l'introduction de la vaccine.* Sans vouloir rentrer dans la discussion soulevée par M. Carnot et soutenue depuis par M. le docteur Bayard et par M. Ancelin, discussion qui nous paraît épuisée après le rapport de M. Roche, nous voulons toucher seulement à un point intéressant traité par M. Barth dans un travail qui porte le titre inscrit en tête de cet article. Au lieu d'affirmer, dit M. Barth, que la variole constituait jadis une immunité contre la fièvre typhoïde, ne vaudrait-il pas mieux déterminer rigoureusement, par des faits authentiques, si la fièvre typhoïde est aujourd'hui plus bénigne ou plus rare, proportion gardée, chez les sujets atteints de la variole, que parmi ceux que la vaccination a préservés de toute éruption varioleuse? D'autre part, si l'une de ces affections remplaçait réellement l'autre, le fait d'une fièvre typhoïde antérieure ne devrait-il pas, à son tour, préserver d'une variole consécutive? Eh bien! dans une seule division de cinquante-deux lits, et depuis la fin du mois d'avril seulement, M. Barth a eu à soigner quatre individus non vaccinés et portant les traces de la variole, qui ont eu des fièvres typhoïdes plus ou moins graves, et dont l'un, celui qui portait les cicatrices les plus profondes, a succombé. D'un autre côté, en remontant un peu plus haut, M. Barth compte un plus grand nombre de malades qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, ont été pris d'une éruption varioleuse plus ou moins intense, selon que les sujets étaient aptes à recevoir la contagion dans toute sa puissance ou qu'ils avaient été modifiés par un vaccin antérieur. Sans doute, ajoute M. Barth, ces faits sont trop peu nombreux pour en tirer aucune conclusion absolue. Mais que des recherches persévérantes soient faites à ce point de vue, que les observations se multiplient et que les résultats en soient rassemblés et soigneusement analysés, en tenant toujours compte du nombre relatif des individus variolés et de ceux qui ont été soumis à la vaccine, et l'on discernera mieux que par des assertions téméraires la question de l'affinité ou de l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde; on verra si la vaccine est réellement une cause d'accroissement sérieux de la mortalité, et s'il y a un motif sérieux à l'anathème lancé si imprudemment contre un moyen préservatif d'une affection hideuse et meurtrière, qui n'épargnait aucun âge, et que Lacondamine appelait, en 1754, « une maladie affreuse et cruelle qui détruit, mutile ou défigure un quart du genre humain.» (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, oct.)

VARIÉTÉS.

Bulletin sanitaire et coup d'œil sur les mesures préventives adoptées en Angleterre contre le choléra.

Depuis la publication de notre dernier numéro, le choléra est entré dans une période de décroissance marquée dans les deux villes d'Angleterre où il

avait fait d'abord son apparition, Newcastle et Gateshead. Le nombre des décès est maintenant réduit à des proportions tout à fait insignifiantes, de 6 à 10 par jour ; mais un fait non moins incontestable, c'est la diffusion du choléra sur des points très-éloignés de la Grande-Bretagne, diffusion par cas isolés et peu nombreux, mais qui n'en prouve pas moins l'influence d'un génie morbide particulier, qui n'attend qu'une occasion favorable pour réunir tous ces éléments épars en un faisceau commun et pour transformer en épidémie redoutable ces cas sporadiques rares et isolés. A Londres, il y a eu une légère recrudescence, et l'Ecosse elle-même a commencé à en éprouver les atteintes. On a constaté quelques cas de choléra à Edimbourg, à Leith, etc.

Mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, ce qui semble résulter de l'observation de nos voisins dans les divers points sur lesquels le choléra a éclaté, c'est l'existence sur une grande échelle et parmi une grande partie de la population, de diarrhées considérées par eux comme prodromiques, et désignées sous le nom de prémonitoires, diarrhées qui, si elles ne sont pas arrêtées par un traitement convenable, peuvent être suivies de l'explosion du choléra. Cette conviction est devenue en Angleterre le point de départ de tout un système de mesures préventives, dont les visites journalières médicales dans les quartiers pauvres, ou déjà atteints par la maladie, forment la base.

M. Mêlier, qui a été chargé par le Comité d'hygiène d'aller voir à l'œuvre ce système, s'est rendu à Newcastle, et là il a trouvé deux inspecteurs du Conseil général de santé, ayant amené avec eux un nombre suffisant de médecins et d'élèves, ayant distribué leurs collaborateurs par quartiers ou districts, de manière à ce que chacun d'eux eût de 400 à 500 maisons ou ménages à visiter par jour, et les visites préventives se faisant de la manière suivante : les médecins visiteurs allaient de porte en porte et se présentaient, le matin, avant le départ des ouvriers pour le travail, ou le soir après le retour, interrogeaient pour savoir si quelqu'un avait la diarrhée, et prescrivaient un médicament s'il y avait lieu, tenaient note de tous les cas observés, et se rendaient tous les jours de leurs districts respectifs à une réunion centrale, présidée par les deux médecins inspecteurs, auxquels ils rendaient compte de ce qu'ils avaient vu et observé dans la journée.

Le fait est que cette enquête a révélé à New-Castle l'existence d'un nombre de diarrhées bien considérable, 3,500 depuis l'organisation du service, et que sur ces 3,500 diarrhées, grâce aux soins mis en usage de bonne heure, il n'en est qu'un petit nombre qui se soient transformées en choléra. Sans doute, rien ne prouve que ces 3,500 diarrhées, abandonnées à elles-mêmes, eussent dû aboutir toutes au choléra ; mais, en dehors de la question dogmatique, qui n'est pas très-facile à résoudre, il n'en est pas moins vrai qu'il y a quelque chose de bien frappant dans la présence de ce grand nombre de diarrhées au sein d'une ville ravagée par le choléra, et que le système mis en usage par nos voisins, s'il ne prévient pas toujours le développement de la maladie, a au moins cet avantage d'offrir aux classes nécessiteuses, en temps utile, et plus tôt qu'on ne peut le faire dans les hôpitaux, les secours convenables pour en arrêter la marche et les progrès, à l'époque la plus rapprochée du début. A ce point de vue, nous avons cru devoir une mention spéciale à ces louables efforts que nos voisins tentent en ce moment pour contenir l'épidémie dans les bornes les plus étroites.

L'expérience se poursuit d'ailleurs, et de nouveaux renseignements viendront nous apprendre si la confiance que nos voisins ont vouée à ce système repose sur une observation bien rigoureuse. Mais, en tout cas, il est impossible de méconnaître ce qu'il y a de hardi et de grandiose dans un système préventif ainsi disposé, et de ne pas payer un juste tribut d'éloges aux hommes qui en ont conçu le plan, et qui en dirigent l'exécution. Ajoutons que le gouvernement anglais vient largement en aide à ce système, dont il sent toute l'importance. Le médecin visiteur, qui remplit une mission extrêmement pénible et délicate, reçoit une guinée, 25 francs par jour. Le médecin inspecteur touche trois guinées par jour de rétribution, et une guinée pour ses frais, en tout 100 francs par jour.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES INDICATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE CHEZ LES VIEILLARDS.

Par le docteur MAX. DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. (1).

Lorsque l'on envisage, au point de vue de la thérapeutique, les affections cérébrales communes chez les vieillards, ramollissement, hémorrhagies, etc., on reconnaît bientôt que ce qu'il est possible de traiter efficacement, dans les affections de ce genre, ce n'est pas la lésion organique, placée elle-même en dehors des ressources de l'art et passible seulement de l'action de la nature, mais ce sont les conditions physiologiques et pathologiques sous l'influence desquelles cette lésion organique se prépare ou s'est accomplie. Or, le seul fait pathologique auquel il soit possible de rattacher ces différentes altérations, c'est la *congestion cérébrale;* c'est-à-dire le seul fait pathologique appréciable, intelligible, le seul qui reste dans le cercle de notre influence hygiénique ou thérapeutique. Il nous paraît donc et rationnel et pratique de prendre la congestion cérébrale comme point de départ de toute la thérapeutique relative à ce cercle considérable d'altérations anatomiques et de désordres fonctionnels.

Et, par une circonstance remarquable, ces altérations si graves, si fatales en quelque sorte une fois formées, puisqu'elles échappent complétement à notre intervention, sont celles qu'il est peut-être le plus possible de prévenir, ou au moins d'enrayer dans leur préparation. Aussi est-ce avec un très-juste sentiment de la vérité des choses que M. Cruveilhier a dit, à propos du traitement de l'apoplexie, « que le traitement prophylactique, si impuissant pour le plus grand nombre des maladies, pouvait lui être opposé avec beaucoup de succès. » Van Swieten avait déjà dit : « *Cùm ergo tam difficile sit curare apoplexiam, operæ pretium est cognoscere illa signa ex quibus prævidetur futura, ut præoccupari possit antequam in nervis erumpat.* » Et avant d'exposer le traitement de l'apoplexie, il commence par en récapituler les signes précurseurs.

Cependant la congestion cérébrale elle-même ne concerne qu'une partie de l'histoire de ces maladies. Elle paraît en constituer cette période si importante, que l'on peut appeler celle de préparation de la

(1) Cet article est extrait d'un Traité clinique et pratique des maladies des vieillards, qui doit paraître prochainement, chez Germer Baillière.

lésion organique, cette période qui se décèle par les prodromes et les phénomènes précurseurs. Elle paraît présider à leur apparition, presque toujours rapide et foudroyante; enfin elle constitue une partie des phénomènes qui peuvent en accidenter la marche ultérieure, et ajouter aux périls incessants d'une lésion organique fixe et permanente. Mais enfin ce n'est pas là tout.

Sous l'influence de cette congestion cérébrale, qui n'en explique pas toute la pathogénie, puisqu'elle est suivie de résultats si divers, apparaissent des lésions organiques différentes de siége et de texture; le développement ultérieur de ces dernières, quelle qu'en soit la tendance, finalement réparatrice, procède suivant des modes différents, tantôt marchant, dès l'instant même qui en suit la formation, vers la résolution et la cicatrisation (hémorrhagie cérébrale et méningée), tantôt croissant au contraire pendant un temps indéterminé, pour ne prendre également cette direction réparatrice qu'après avoir subi diverses transformations (ramollissement cérébral).

L'étude de la thérapeutique ne comprend pas seulement des formules : elle se compose surtout d'indications. Les sources d'indications sont elles-mêmes infinies. Nous devons les supposer présentes à l'esprit des praticiens, et il nous est impossible de songer à les prévoir et à les signaler dans leurs détails. Nous rappellerons seulement, comme particulièrement applicable à notre sujet, qu'elles se rattachent en général à deux points de vue principaux :

La considération de la maladie spéciale, de l'altération particulière à laquelle on a affaire;

La considération des conditions générales de l'organisme, dépendant de l'âge, du sexe, de la constitution, etc., des habitudes, des maladies antérieures, etc.

Or, c'est ce dernier ordre de considérations qui domine la thérapeutique des vieillards. A l'âge adulte, le caractère inflammatoire ou hyperhémique d'une affection comporte en général une série de moyens thérapeutiques bien déterminés, et qu'il est possible, jusqu'à un certain point, de formuler d'avance. C'est alors la nature de la maladie qui domine le traitement.

Chez les vieillards, il n'en est plus ainsi : les formes des maladies sont moins bien déterminées, leurs caractères moins saillants, et les indications se tirent moins de leur nature même que de la manière dont l'organisme se comporte vis-à-vis d'elles, et des conditions organiques ou fonctionnelles que les progrès de l'âge ont imprimées à l'économie, lesquelles apportent toutes un élément nouveau au problème à résoudre, la curation de la maladie.

Tout ceci s'applique surtout à la congestion cérébrale, dont le traitement paraît si simple et en quelque sorte si banal dans l'âge adulte, tandis qu'il rencontre chez les vieillards un grand nombre de particularités dignes de toute l'attention des praticiens.

Les principales indications que présente le traitement de la congestion cérébrale chez les vieillards peuvent se résumer ainsi :

Recourir à des émissions sanguines, générales ou locales, combinées de manière, soit à combattre les accidents d'hyperhémie, soit à en prévenir le retour ; régulariser ou favoriser les hémorrhagies périodiques, physiologiques ou non ; rétablir les écoulements ou les flux supprimés ; exercer une révulsion active sur la peau et sur la muqueuse intestinale ; favoriser le libre exercice de toutes les fonctions de l'économie, et en particulier des fonctions digestives, dont les deux termes, la digestion gastrique et l'expulsion des résidus excrémentitiels, sont si intimement liés dans leur accomplissement à l'état de la circulation sanguine dans l'encéphale ; tenir autant que possible la partie supérieure du corps libre et découverte, les extrémités inférieures chaudes et à l'abri de l'humidité ; régler l'alimentation de manière à ce qu'elle ne communique ni au sang cet excès de plasticité qui dispose aux hyperhémies et aux hémorrhagies, ni au système nerveux cette irritabilité qui retentit spécialement sur le cerveau ; surveiller l'exercice des fonctions cérébrales, au point de vue des abus dont les facultés intellectuelles, affectives et passionnelles, peuvent devenir si facilement le sujet.

Nous allons suivre cet ordre d'indications, en nous arrêtant surtout sur celles qui se rattachent le plus directement au traitement de la congestion cérébrale. Nous rappellerons d'abord que la congestion cérébrale tantôt n'existe qu'à l'état de prédisposition, d'imminence en quelque sorte, se révélant par des atteintes courtes et passagères, qui constituent plutôt des menaces que de véritables accidents ; et tantôt se montre comme un accident actuel et déterminé : ainsi, coup de sang, délire aigu, etc.

Le chapitre des émissions sanguines tient avec juste raison une grande place dans le traitement de la congestion cérébrale ; cependant on se gardera bien de l'envisager ici au même point de vue qu'aux autres époques de la vie. Alors, le cercle de la circulation s'accomplit avec une entière liberté, sans obstacles, sans causes d'irrégularité ; tous les points du système vasculaire sont solidaires les uns des autres, et le sang retiré des vaisseaux s'y trouve rapidement remplacé. Mais il ne faut pas oublier que, chez les vieillards, l'unité du système circulatoire, ou plutôt l'harmonie qu'une communication libre et permanente établit entre toutes ses parties, tend à s'effacer. L'oblitération

sans cesse croissante d'une partie du système capillaire, les altérations des orifices du cœur, puis, intermédiairement, les altérations des parois artérielles, l'élargissement du système veineux, la diminution de l'élasticité des parois vasculaires, tout cela fait que les émissions sanguines n'ont pas toujours les mêmes résultats chez les vieillards que chez les adultes.

D'abord les émissions sanguines capillaires arriveront beaucoup plus lentement et plus difficilement à dégager le point malade. Il sera nécessaire de les rapprocher beaucoup plus de l'organe affecté. Enfin, quand on aura besoin d'une action rapide, il sera bien plus nécessaire encore que chez l'adulte de recourir à la saignée générale.

On voit donc quel sera l'écueil des émissions sanguines chez les vieillards. Les saignées révulsives auront moins d'efficacité chez eux, et les saignées déplétives ne peuvent être employées avec autant d'énergie que chez l'adulte. Arrêtons-nous sur ce dernier point.

Il est bien reconnu que la saignée ne peut pas être employée chez les vieillards avec la même facilité que chez les adultes. La proportion du sang amoindrie, sa réparation beaucoup plus lente ou imparfaite, l'affaiblissement du système nerveux, sont des raisons qui saisissent d'abord ; mais il en est une autre qui doit nous arrêter : c'est la diminution du degré de réaction dont l'organisme est susceptible.

Toutes les fois qu'un organe devient le siége d'une modification dans sa texture, ou d'un état morbide local, il existe dans le reste de l'organisme une tendance à le débarrasser, soit par des voies matérielles, en rejetant au dehors l'élément morbide, ou en le répandant, par un retour à l'équilibre général, dans l'ensemble de l'économie, soit par des voies purement vitales et plus difficiles à définir. On appelle *réaction* cette œuvre de la nature ou de l'organisme. Mais pour que cette réaction se développe et agisse, il faut un certain degré de force et d'activité, que l'âge avancé tend à annihiler, que l'intervention médicale, par conséquent, doit favoriser et non paralyser.

Lors donc que l'on suppose, d'après les symptômes existants, que l'encéphale est gorgé par une fluxion sanguine, il ne faut pas seulement se préoccuper de le débarrasser de cet excès de sang, en désemplissant le système circulatoire, comme on pourrait avec moins d'inconvénients le faire chez l'adulte; il faut songer à ménager à l'organisme une force suffisante pour que l'équilibre se rétablisse dans la circulation générale et que le cerveau puisse arriver à être ainsi délivré de la compression qu'il subissait. Cette préoccupation sera d'autant plus importante, que c'est le système nerveux, c'est-à-dire sans doute l'élément le plus direct et le plus essentiel de la réaction, qui se trouve immédiatement

compromis ici. Nous verrons plus loin quelle part doit prendre le même ordre d'idées dans la direction du traitement de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral.

Quel sera, au sujet de la congestion cérébrale elle-même, le résultat le plus fâcheux de cet amoindrissement de la force de réaction nécessaire pour le débarras du cerveau congestionné ? C'est que l'hyperhémie active, quelque active qu'elle puisse être dans le principe, passera à l'état d'hyperhémie passive, puis d'infiltration séreuse. Telle nous a paru être, au moins d'après le caractère et la coordination des phénomènes auxquels nous avons assisté, la succession de phénomènes anatomiques qui conduisaient à la formation de ces infiltrations séreuses, probablement toujours mortelles, à un certain degré, qui se forment à la suite des hyperhémies cérébrales.

Il faut donc une grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines, dans la congestion cérébrale des vieillards. Il faut surtout apprécier avec sagacité les circonstances qui peuvent guider dans leur emploi, et que nous allons passer en revue.

L'âge lui-même n'a pas, sous ce rapport, une très-grande importance. Tel sujet à quatre-vingt-cinq ans supporte mieux les émissions sanguines qu'un autre à soixante-dix. L'état de la constitution a une tout autre valeur. Les différences des tempéraments et des constitutions tendent à s'effacer chez les vieillards, et au delà d'un certain âge, on ne trouve guère que des individus ayant conservé quelques-uns des caractères de l'âge adulte, ou des individus ayant revêtu les caractères les plus tranchés de la sénilité.

Aux premiers appartiennent un certain embonpoint, une peau épaisse encore et non dépourvue de toute transpiration, un teint légèrement coloré, et le plus souvent un caractère enjoué ou au moins une certaine activité dans les habitudes. Les autres offrent une maigreur prononcée, un amincissement extraordinaire de la peau, transformée en une membrane sèche et comme papyracée, avec décoloration complète de la face, et ordinairement un caractère sombre ou apathique.

Eh bien ! l'embonpoint, la coloration des pommettes, l'expansion du caractère, la conservation surtout des fonctions perspiratoires de la peau, annoncent qu'il existe encore des éléments de réaction, et que les émissions sanguines seront supportées.

L'état du pouls sera soigneusement exploré ; mais on se rappellera le précepte de Prus, que c'est au pouls qu'il faut tâter le cœur des vieillards.

Si l'auscultation ne laisse percevoir ni bruit anormal, ni intermittence ou irrégularité notable, il en résultera la présomption, sinon en-

core la certitude qu'il n'existe dans le centre circulatoire aucune altération propre à entraver le cours du sang.

L'existence de quelqu'une de ces altérations matérielles du cœur et de l'aorte, si fréquentes chez les vieillards, et qui, sans déterminer de symptômes spéciaux, n'en entraînent pas moins un certain degré de gêne dans la circulation, si elle ne doit pas faire renoncer d'une manière absolue aux émissions sanguines, n'en commande pas moins de redoubler de réserve dans leur emploi. La présence de signes formels d'hypertrophie du cœur ne doit même engager que jusqu'à un certain point à insister sur les saignées, car cette hypertrophie est elle-même le plus souvent l'indice de quelque lésion matérielle faisant entrave au cours du sang, et ce n'est que par un redoublement d'énergie, et grâce à cet épaississement de ses parois, qualifié par M. Beau d'*altération providentielle*, que cet organe parvient à surmonter d'une manière régulière ces causes d'embarras et de ralentissement de la circulation.

Si l'on vient, par des pertes de sang exagérées, ou à affaiblir l'organe central de la circulation, ou à altérer la constitution du sang, le cœur, impuissant à lutter contre des obstacles matériels et permanents, cède, l'enrayement de la circulation s'établit, et les organes de la poitrine, de l'abdomen ou de la tête deviennent le siége de congestions veineuses désormais impossibles à résoudre. Telle est la fin, souvent très-prompte, quelquefois plus languissante, des vieillards qu'on a trop saignés, alors qu'ils portaient de ces altérations organiques, dont les signes matériels peuvent être à peine saisissables, et qui ne semblent même entraîner d'abord que des troubles fonctionnels imperceptibles.

Ces réserves faites au sujet de la valeur que nous attribuons à l'absence d'intégrité matérielle de l'organe central de la circulation, il est évident que le degré de force, de résistance de l'appareil circulatoire lui-même, sera apprécié comme chez l'adulte, et qu'on en tirera, toute proportion gardée, de semblables déductions.

Vaut-il mieux recourir une première fois à une saignée plus forte, mais qui puisse dispenser d'y revenir, ou bien pratiquer de petites saignées, au risque d'avoir à les répéter?

Si l'on a affaire à un vieillard placé dans les conditions favorables que nous avons exposées plus haut, et chez qui l'on n'ait aucune raison de supposer d'altérations matérielles notables des organes de la circulation, on peut pratiquer une saignée de 3 à 400 grammes, si les circonstances rendent nécessaire d'agir énergiquement et rapidement. Mais on peut établir en règle générale qu'il vaut mieux faire aux malades de petites saignées et les réitérer, que de procéder autrement.

Il ne faut pas chez les vieillards, et dans les accidents cérébraux

surtout, s'attacher toujours à obtenir de l'emploi d'un moyen thérapeutique des résultats promptement décisifs. Tout se fait plus lentement à cet âge que dans les autres. Il faut savoir attendre avec une certaine patience l'effet des remèdes, et ainsi ne pas se croire obligé de poursuivre les émissions sanguines jusqu'à la disparition d'accidents graves. Nous avons souvent remarqué que les effets d'une petite saignée se faisaient sentir plusieurs heures après, au lieu d'en suivre presque immédiatement l'usage, comme on le voit chez les adultes, à la suite de larges émissions sanguines; et l'on obtient ainsi les mêmes résultats, tout en se tenant à l'abri des conséquences dangereuses que peuvent entraîner des émissions sanguines considérables.

Quant aux émissions sanguines locales, nous avons dit qu'il résultait de l'oblitération du système capillaire et de l'altération des communications qui, dans les premières périodes de la vie, en unissent tous les points ensemble, qu'on devait les rapprocher le plus possible de l'organe malade. Il ne faut donc pas, chez les vieillards, dans les affections encéphaliques, poser de sangsues aux malléoles, aux cuisses, aux aisselles, comme on peut le faire avec avantage à d'autres époques. C'est surtout à cet âge que les idées des anciens, relatives à l'importance des saignées pratiquées au voisinage des parties malades, trouvent une juste application. Nous ne ferons d'exception que pour les sangsues à l'anus.

L'application des sangsues à l'anus est très-souvent indiquée, chez les vieillards, par un état hémorrhoïdal, ou par un état languissant, *torpid*, comme disent les Anglais, de la circulation abdominale, pléthore veineuse abdominale.

Mais si l'on veut, dans des accidents pressants, obtenir une action quelque peu déplétive d'une saignée capillaire, ce n'est pas à l'anus qu'il faut la pratiquer, mais derrière les oreilles. Nous ne saurions trop insister sur ce précepte.

Dans le traitement des congestions lentes, menaçantes de l'encéphale, les sangsues à l'anus peuvent rendre de grands services en agissant dans le sens que nous venons d'indiquer. Mais dans les accidents actuels de congestion cérébrale, c'est risquer de perdre un temps précieux que d'y recourir. Il y a, peut-on dire, à cet âge, trop loin de là au cerveau. Par les sangsues posées derrière les oreilles, au contraire, on agit d'une manière plus directe, plus efficace, et sans avoir à craindre d'augmenter l'état fluxionnaire, conséquence que l'on redoute souvent en agissant ainsi chez de jeunes sujets. Il faut presque toujours avoir soin d'appliquer ces sangsues en quantité un peu considérable, car chacune d'elles, en général, ne tire qu'une quantité médiocre de

sang ; et d'ailleurs on est, avec de la surveillance, maître, jusqu'à un certain point, de diriger la perte du sang. M. Cruveilhier, qui a également insisté sur l'utilité des émissions sanguines rapprochées, a vivement recommandé la saignée de la pituitaire, à propos de laquelle il avait inventé un instrument particulier. On peut suppléer à cet instrument par l'application de sangsues dans les narines.

On devra toujours se méfier, chez les vieillards, des hémorrhagies consécutives aux applications de sangsues. La peau est tellement amincie, que des vaisseaux un peu volumineux viennent souvent à être ouverts, comme chez les enfants ; mais la fatigue, l'inertie, la somnolence, font que les malades ne s'aperçoivent pas de l'écoulement du sang, et si celui-ci se fait la nuit surtout, et dans un endroit caché, il peut arriver qu'on s'en aperçoive trop tard. Nous avons vu mourir ainsi deux vieillards, deux hommes de quatre-vingts et de quatre-vingt-cinq ans, pour une piqûre de sangsue au bas-ventre chez l'un, à l'anus chez l'autre, qui avait coulé pendant toute la nuit.

Un jeune médecin, M. Aussaguel, a récemment traité, dans sa dissertation inaugurale, cette question : *Si la saignée est quelquefois dangereuse dans l'apoplexie?*

Après avoir cité quelques observations où l'on a vu une saignée, pratiquée pour des accidents aigus de congestion cérébrale, suivie de l'apparition de phénomènes plus graves, ainsi d'une hémiplégie soudaine, M. Aussaguel propose l'explication suivante : On voit souvent dans la pneumonie le pouls, de petit et concentré qu'il était avant la saignée, devenir plein, fort, développé après. Ne pense-t-on pas généralement qu'un nouveau mouvement fluxionnaire a lieu alors vers le poumon, et n'est-ce pas sans doute pour traiter en quelque sorte les accidents de la saignée par la saignée elle-même, que M. Bouillaud recommande la saignée coup sur coup ?

« S'il en était ainsi pour le cerveau, comment s'en étonner ? Comment s'étonner que cet organe, maintenu dans une boîte inextensible, soumis à de faibles mouvements, tuméfié qu'il est par la grande quantité de sang qui l'engorge, résiste pendant un temps à l'hémorrhagie, et qu'ensuite il cède tout à coup, quand, à la suite d'une saignée, la circulation en devient plus active et les mouvements plus étendus ? En d'autres termes, et pour mieux faire comprendre notre pensée, n'y a-t-il pas pour la production de l'hémorrhagie cérébrale deux puissances parfaitement distinctes : d'un côté la masse sanguine ; de l'autre, la force avec laquelle elle se meut ? Et ne semble-t-il pas qu'on ne puisse diminuer la première sans accroître la seconde ? »

Ces considérations ne sont pas dépourvues d'intérêt, mais elles

manquent d'une base plus solide que le rapprochement établi entre les faits de congestion et ce qui se passe dans la pneumonie. Il est très-vrai que, sous l'influence de la saignée, on voit aussi le pouls se développer dans la congestion cérébrale. Ce développement du pouls est même une condition favorable ; car si le pouls demeurait petit et concentré après la saignée, le pronostic le plus grave devrait être aussitôt porté. Maintenant, nous ne pensons pas qu'on ait jamais méconnu l'indication de traiter de nouveau cette *réaction*, si elle dépasse certaines bornes. Quant à l'assertion que les parois du crâne s'opposeraient mécaniquement à la déchirure hémorrhagique du cerveau tuméfié et comprimé, elle nous paraît purement hypothétique.

Du reste, dans les accidents de ce genre, les phénomènes se succèdent avec une telle rapidité, qu'on ne peut se défendre toujours d'en attribuer les vicissitudes au traitement qui vient d'être employé. Lorsque Celse a dit : *Si omnia membra vehementer resoluta sunt, sanguinis detractio vel occidit vel liberat*, il a exprimé un fait d'observation très-exact. En effet, quand une attaque d'apoplexie détermine une résolution générale, ou elle annonce une simple congestion, qui se dissipe rapidement après la saignée, ou elle résulte d'une vaste hémorrhagie qui entraîne toujours une mort prompte, malgré la saignée. Mais ce n'est pas, dans un cas, la saignée qui a tué, et à peine peut-on dire que ce soit elle qui a guéri dans l'autre, car ces congestions à appareil formidable tendent toujours à se dissiper d'elles-mêmes.

Le sujet d'une préoccupation importante dans la médecine des vieillards, et surtout dans la question actuelle, est de régulariser ou favoriser les hémorrhagies périodiques.

Les règles ont disparu chez les femmes de l'âge qui nous occupe, et, en général, une fois soixante-dix ans atteints, il n'y a plus à s'en occuper. Il n'en est pas de même à une époque moins éloignée de l'âge de retour. On ne doit pas manquer, chez les femmes qui n'ont pas encore beaucoup dépassé soixante ans, de s'enquérir de l'âge auquel a eu lieu la ménopause, de la quantité de sang qu'elles perdaient, du degré de régularité de l'époque menstruelle.

Lorsque la menstruation s'est prolongée longtemps, ainsi a dépassé cinquante ans, lorsqu'elle était très-régulière et abondante, il en résulte ordinairement une indication d'insister sur les émissions sanguines ; on peut être assuré qu'alors elles seront particulièrement bien supportées. La saignée générale sera souvent employée avec avantage, et lorsqu'on voudra recourir à une émission sanguine capillaire et dérivative, on posera des sangsues plutôt à l'anus qu'à la vulve. Il faudra encore, chez ces malades, rechercher si la ménopause a été pénible,

suivie d'accidents hyperhémiques prononcés, si surtout la disposition aux congestions cérébrales paraît remonter à cette époque.

Mais il est une sorte d'hémorrhagie constitutionnelle qui, sans être propre aux vieillards, est cependant très-commune chez eux, ce sont les hémorrhoïdes. Les hémorrhoïdes même, si ce n'est sous le rapport de quelques souffrances qu'elles occasionnent, ne sauraient le plus souvent être considérées comme une maladie chez les vieillards. C'est un phénomène ordinairement salutaire, qu'il faut favoriser quand il existe une fois, et qui d'ailleurs, après une certaine durée, emprunte à l'habitude un caractère de nécessité, qu'on se gardera de méconnaître.

La suppression d'un flux hémorrhoïdaire, l'existence d'hémorrhoïdes non fluentes, ou seulement les signes d'une disposition hémorrhoïdaire indiquent formellement des sangsues à l'anus, souvent répétées d'une manière périodique. Chez ces sujets-là même, à moins d'urgence, on évitera les saignées générales, pour s'en tenir à ce que nous venons de recommander.

L'indication de rétablir les écoulements et les flux supprimés est du même ordre que la précédente.

Les ulcères des vieillards ont été souvent considérés comme une voie d'élimination chimique et physiologique, destinée à suppléer à l'insuffisance des sécrétions et des excrétions dans un âge avancé. Nous n'avons à les envisager ici que comme fournissant une sécrétion morbide, mais empruntant à sa durée et à l'habitude acquise un caractère d'utilité analogue à celui des hémorrhoïdes. Or, ce n'est guère impunément que l'on voit, dans un âge avancé, des ulcères se fermer soit spontanément, soit par suite d'un traitement.

Nous en dirons autant d'un exutoire habituel et supprimé.

On observe souvent encore chez les vieillards ou des eczémas humides, ou plus souvent encore des états prurigineux de la peau, qui exigent beaucoup d'attention, alors qu'il se montre des phénomènes de congestion cérébrale.

Il faut alors s'attacher ou à reproduire ces anciens foyers d'élimination, pour parler un langage auquel la chimie physiologique donnera peut-être un jour une sanction plus formelle, ou chercher à y suppléer par des moyens appropriés.

Ainsi, dans le cas de suppression d'ulcères, faire des applications rubéfiantes ou vésicantes sur la place qu'ils occupaient.

Pratiquer, dans le cas d'éruption disparue, des frictions générales ou partielles, avec des liniments stimulants, alcoolisés, cantharidés, avec de l'huile de croton-tiglium ou avec une pommade préparée par M. le

docteur Blatin, avec les soies épineuses du *dolichos pruriens* (herbe à gratter), incorporées, à la dose de 50 centigrammes, dans 30 grammes de graisse. Cette pommade semble même devoir être particulièrement applicable au cas d'ulcères desséchés.

C'est surtout alors que l'établissement d'exutoires sera indiqué, soit d'exutoires à demeure, comme un ou deux cautères aux bras, si l'on ne reconnaît pas d'utilité de les rapprocher du siége antérieur du mal, soit, dans le cas d'accidents aigus et graves, des vésicatoires à la nuque ou aux extrémités.

La cessation d'un flux bronchorrhéique habituel rentre dans l'ordre des phénomènes que nous venons d'indiquer : elle ne sera pas l'objet d'une moindre préoccupation.

Il ne nous reste qu'à signaler l'existence ancienne ou habituelle de douleurs de goutte. Nous ne parlons pas ici du cas où des signes de congestion cérébrale viendraient à succéder à la suppression d'un accès de goutte aiguë, mais de la goutte considérée comme antécédent, ou bien de douleurs vagues, erratiques, habituelles de goutte.

C'est un sujet qu'il ne faut jamais négliger dans le traitement de la congestion cérébrale. Toutes les fois qu'on rencontre un pareil antécédent, que par exemple la goutte a cessé de se faire sentir depuis un certain temps, et que des accidents de congestion cérébrale ont apparu depuis, il faut s'efforcer, par les moyens convenables, de rappeler la goutte vers les articulations qui en étaient habituellement le siége. Des sinapismes répétés, des frictions irritantes ou vésicantes, des vésicatoires même autour de cette articulation, le cataplasme de Pradier, pourront être utilement employés. Nous ne saurions trop conseiller la persévérance dans l'emploi de ces sortes de moyens : de simples cataplasmes chauds, enveloppés de toile gommée, renouvelés toutes les nuits, pendant plusieurs semaines consécutives s'il le faut, sont un excellent moyen ; seulement on aura soin d'interposer alors une mousseline entre le cataplasme et la peau. Il nous est arrivé, par la seule insistance sur de semblables moyens, de voir se reproduire des accès de goutte franchement aiguë, au grand bénéfice d'individus qui n'en avaient subi aucune atteinte depuis plusieurs années, et dont la santé s'en trouvait gravement altérée.

MM. Trousseau et Pidoux recommandent fortement l'éther dans les cas de ce genre. « En sa double qualité de stimulant diffusible et d'antispasmodique, disent ces auteurs, l'éther peut rendre d'immenses services, conjurer une mort prochaine dans le cas de métastase goutteuse ou de localisation de ce principe sur le cœur, le cerveau et les centres nerveux splanchniques. On voit des syncopes menaçantes, des

cardialgies atroces, des délires, des apoplexies inopinées dues à la cause que nous venons d'énoncer; on voit ces terribles accidents disparaître en peu d'instants par de hautes doses d'éther prises tout d'un coup.

(*La fin à un prochain numéro*).

EXAMEN COMPARÉ DES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DU QUINQUINA ET DE L'ARSENIC.

Par M. le docteur JH. DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

(Suite et fin) (1).

La posologie de l'arsenic soulève des questions extrêmement délicates ; il ne s'agit pas seulement d'en régler les bases, mais de défendre le médicament contre les attaques d'esprits timorés qui veulent le rayer de la matière médicale.

Pour sa défense je dirai d'abord : quiconque l'aura employé opportunément et avec prudence ne tardera pas à se convaincre que le bénéfice de ses propriétés thérapeutiques, qui sont évidentes, incontestables, peut être obtenu sans le moindre dommage pour la santé des sujets. Eh quoi ! parce qu'une substance possède une grande énergie toxique, est-ce un motif pour répugner formellement à son emploi ? A ce compte il faudrait exclure des agents héroïques, tels que certains alcaloïdes végétaux, redoutables autant et plus que l'arsenic, mais comme lui médicaments ou poisons suivant l'opportunité ou la dose. Après tout, ce n'est pas sur des idées préconçues que l'on édifie un jugement en pareille matière, mais sur l'expérience ; or, celle-ci a prononcé nettement en faveur de l'innocuité de la médicamentation arsenicale appliquée tant aux fièvres intermittentes qu'à un grand nombre d'autres maladies. Les détracteurs de l'arsenic ont objecté que si au présent il guérissait les malades, il les condamnait dans l'avenir à une intoxication lente, qui compromettait gravement ou même abrégeait leur existence ; mais il y a là à la fois une erreur de fait et une impossibilité : une impossibilité, car toutes les recherches des toxicologistes modernes, celles de M. Orfila entre autres, confirmées tout récemment par son neveu, prouvent que malgré un séjour temporaire dans les viscères et notamment dans le foie, l'arsenic est si promptement éliminé par les voies rénales, que, de quinze à vingt jours après son absorption, il n'en reste plus de traces dans l'organisme animal ; il n'y a donc rien de menaçant pour l'avenir des individus médicamentés par ce poison, *sublatâ causâ tollitur effectus* ; — une erreur de fait, car on nombre aujourd'hui par milliers les sujets qui, pendant quelques jours et pendant quelques mois, ont absorbé l'arsenic à dose médicamenteuse, et qui ont indéfini-

(1) Voir la livraison du 15 octobre, page 289.

ment conservé le jeu régulier, complet, de leurs fonctions vitales, l'intégrité absolue de leur constitution. J'ai pu moi-même m'assurer de cette innocuité, non-seulement chez plusieurs individus auxquels j'avais administré l'arsenic pendant le temps nécessaire pour guérir une fièvre ou une névralgie intermittente, mais encore chez d'autres sujets atteints de dermatoses invétérées et rebelles (eczéma chronique et psoriasis), que j'avais soumis à de très-longs traitements par les préparations arsenicales; je les ai observés plusieurs années de suite ou revus à de longs intervalles, et *jamais* je n'ai observé le moindre résultat fâcheux pour leur santé ultérieure. Je citerai, par exemple, une jeune femme, tourmentée par un eczéma chronique, qui avait résisté à tous les remèdes; elle prit sous ma direction, pendant six mois, de l'arséniate de soude à très-petites doses, et constamment sans accidents; sur les entrefaites elle devint enceinte; quand sa grossesse fut déclarée, le traitement arsenical fut suspendu; l'eczéma était guéri; cette femme accoucha à terme d'un enfant fort et plein de vie, et tous deux ont conservé la plus belle santé.

Donc je ne saurais admettre la proscription des médicaments arsenicaux.

Quant aux règles à suivre dans leur emploi, il est regrettable, au point de vue de leur vulgarisation, comme à celui des garanties de sécurité pour les malades, que les médecins qui les ont expérimentés ne se soient pas mieux entendus sur les limites de doses auxquelles il conviendrait de s'arrêter. M. Boudin, qui a tant contribué à remettre en honneur les préparations arsenicales, a commencé par en prescrire des doses très-minimes, 1/2 milligramme à 1 centigramme au plus avant l'accès; depuis 1841 il a progressivement augmenté, au point de faire supporter 5 et 10 centigrammes dans l'apyrexie et davantage encore; je crois qu'il a pu aller jusqu'à 18 centigrammes; il a soin d'atténuer par le fractionnement l'impression que d'aussi fortes doses pourraient exercer sur l'économie. M. le professeur Fuster l'a également employé à 5, 10, 15 centigrammes, et il affirme l'avoir toujours trouvé, non-seulement *absolument inoffensif*, mais encore *d'une vertu véritablement héroïque*. Cependant d'autres médecins, partisans sincères ou expérimentateurs non prévenus de l'acide arsénieux, n'ont pas cru devoir risquer de telles doses; par exemple, dans les expériences faites en 1850 à l'hôpital de la Charité, par M. Andral, à la dose ordinaire de 3 centigrammes, l'acide arsénieux coupait la fièvre, mais non sans déterminer quelques troubles du côté des voies digestives.

Je crois qu'il est prudent de faire des réserves sur l'innocuité des doses dépassant 4 et 5 centigrammes; quoique des praticiens distingués

les aient impunément dépassées, il est impossible de ne pas se préoccuper de la puissance toxique de l'acide arsénieux et des expériences de quelques toxicologistes ; ainsi, d'après celles du docteur Lachèze, d'Angers (1), chez un adulte sain, à la dose de 6 milligrammes, l'acide arsénieux détermine plusieurs accidents ; à celle de 1 à 3 centigrammes il donne lieu à des symptômes assez graves pour caractériser un véritable empoisonnement, et s'il est pris à la dose de 5 à 10 centigrammes, il peut occasionner la mort. Admettons que la portée toxique de l'acide arsénieux soit atténuée par le fractionnement de la dose, annulée en partie par un certain degré de tolérance établie dans l'organisme du fébricitant : il suffirait, pour supprimer ces deux conditions de sécurité, d'une inobservance dans un mode rigoureux d'administration, ou d'une susceptibilité exceptionnelle à l'action du médicament. Admettons toujours que celui-ci sera ponctuellement consommé à doses filées ; mais il restera encore, comme possibilité redoutable, le défaut de tolérance qui, même comme exception, peut survenir pour l'arsenic dans les fièvres intermittentes, comme il survient chez certains sujets pour l'antimoine, dans les maladies inflammatoires de poitrine.

Ces considérations m'ont déterminé à user constamment d'une telle circonspection, que les doses arsenicales ne pussent jamais susciter l'empoisonnement, dussent-elles être insuffisantes comme fébrifuges, d'autant mieux que dans ces cas on a la ressource du sulfate de quinine.

Voici, en conséquence, la méthode que j'ai suivie :

J'ai commencé par expérimenter l'acide arsénieux à dose très-minime, terme moyen à 5 milligrammes ; jusqu'à un centigramme je n'ai jamais vu survenir le plus léger accident ; mais j'ai éprouvé qu'à Rochefort, des doses aussi inférieures ne suffisaient pas généralement à couper les accès et à prévenir les récidives ; j'ai augmenté graduellement le médicament, et de 1 à 3 centigrammes j'ai constaté des effets antipériodiques très-satisfaisants. A ces doses les accidents ont été très-rares ; ils ont uniquement consisté en une diarrhée le plus souvent sans coliques, qui s'arrêtait d'elle-même par la suspension du médicament, ou que l'on réprimait très-promptement par un ou deux lavements laudanisés ; dans aucun cas, il n'est survenu de douleur à l'estomac, ni de vomissements. En débutant par un ou deux centigrammes et s'arrêtant à 3, il n'y a, d'après mes expériences, aucun accident sérieux à redouter ; à cette limite on obtient des effets fébrifuges très-concluants en faveur de l'arsenic : au delà, sans doute, ces effets peuvent être plus prononcés, plus certains, mais je crois que le danger peut commencer.

(1) Annales d'hygiène et de médecine, t. XVII.

Conséquemment, si je ne partage point les craintes des proscripteurs absolus de la médicamentation arsenicale, je n'ai pas la hardiesse d'en user à des doses dont la toxicité est physiologiquement possible, parce qu'il ne m'est pas démontré que la tolérance de l'arsenic, dans l'état pathologique, soit un fait nécessaire et constant. Ce système de juste milieu m'expose autant à passer pour téméraire au camp de la proscription qu'à recevoir à mon tour le reproche d'esprit timoré de la part des savants confrères qui ont pardevers eux l'expérience de l'efficacité et de l'innocuité de doses d'acide arsénieux bien supérieures aux miennes ; tel est le sort des propositions de conciliation et de moyen terme, et pourtant il faut se faire des concessions réciproques, si l'on veut enfin vider la question trop longtemps débattue des mérites comparatifs de l'arsenic et du quinquina.

Eh bien ! d'une part, il est positif, indéniable que l'arsenic, médicament précieux, éminemment utile dans un assez grand nombre de maladies, jouit de propriétés antipériodiques et fébrifuges constatables par chacun et par tous ; à ces titres, il est ancré dans la matière médicale ; d'autre part, l'arsenic est un poison, et tous les documents toxicologiques doivent être pris en considération dans la détermination des cas d'opportunité qui le réclament et des doses auxquelles il convient de l'employer. Le premier ordre de faits protége contre l'interdit les préparations arsenicales ; le second justifie les praticiens qui persistent à faire des réserves contre l'innocuité de certaines doses excessives ; en somme, le thérapeutiste doit les accueillir franchement dans les formulaires, tout en recommandant une grande circonspection dans leur emploi. Mais peut-on aller au delà de cette recommandation, et l'autorité scientifique, agissant dans la sphère de l'action administrative, ou de concert avec elle, peut-elle spécifier des limites posologiques que nul ne devra transgresser ? Je ne pense pas que l'on puisse ainsi réglementer la pratique du médecin, sur quelque terrain qu'il exerce ; l'autorité peut lui interdire l'usage d'un remède, sinon elle doit lui laisser son libre arbitre dans la dispensation des ressources de l'art de guérir, sauf à lui demander compte des malheurs réellement imputables à sa témérité, à son ignorance ou à son incurie. Cependant il faut convenir qu'il y a des précautions à prendre contre les dangers de l'imitation : par exemple, de ce que certains de nos confrères auront employé avec succès et sans péril 10 à 15 centigrammes d'acide arsénieux dans l'apyrexie d'une fièvre intermittente, faut-il laisser induire que telle est la dose normale et immédiatement abordable de ce médicament comme fébrifuge ? Non certes, et je trouverais urgent de signaler ces doses comme exceptionnelles, et d'énoncer

pour la règle les doses qui, dans tous les cas, ne font encourir aucun danger sérieux.

Je crois donc qu'en admettant l'acide arsénieux au nombre des succédanés antipériodiques du quinquina, il serait bon de poser les préceptes suivants :

1° La dose dans l'apyrexie peut être portée de 1 à 5 centigrammes, terme moyen 3 centigrammes ; ne point dépasser cette dernière dose, et même une dose inférieure, s'il survient le plus léger accident.

2° Administrer toujours l'acide arsénieux en fractionnant les prises.

3° En cas d'intolérance, d'accidents toxiques, même les plus légers, diminuer ou suspendre le médicament.

J'appliquerais les mêmes préceptes à l'arséniate de soude, qui d'ailleurs m'a paru moins fébrifuge que l'acide arsénieux.

Je n'ai employé aucune de ces préparations en lavement, je ne puis donc juger ce mode d'administration.

Je n'ai jamais eu recours à l'arsénite de potasse ; la liqueur de Fowler, comme toutes les solutions arsenicales qu'il faut doser par gouttes, ont toujours été exclues de ma pratique. J'ai employé constamment des liqueurs très-étendues que l'on pèse par grammes, et dont la formule ordinaire est d'un centigramme d'acide arsénieux ou d'arséniate de soude par vingt grammes d'eau ; la quantité du médicament arsenical est ainsi facilement évaluée en grammes de liquide, et la quantité prescrite de ma solution officinale est, au moment de l'administration, mélangée à 120 à 150 grammes d'eau commune ou de tisane.

Je conclus à la supériorité du quinquina sur tous les agents antipériodiques ou fébrifuges.

En seconde ligne, je n'hésite pas à placer l'arsenic.

Tous deux se prêtent un mutuel concours, l'un en réussissant contre les récidives opiniâtres dans les cas où l'autre vient à échouer.

L'arsenic a l'avantage d'être à vil prix, accessible à toutes les bourses ; le quinquina a une valeur commerciale très-élevée ; si la considération du prix de revient a une certaine importance dans la médecine des pauvres, elle en a moins dans les établissements hospitaliers entretenus par l'Etat, où la thérapeutique doit s'élever au-dessus des préoccupations d'économie, pour maintenir les méthodes à la fois les plus efficaces et les plus inoffensives.

Je pense qu'à ces deux titres d'efficacité et d'innocuité le quinquina peut être *conseillé* comme le premier des médicaments antipériodiques et fébrifuges,— et que l'arsenic peut être *consenti* comme le meilleur des succédanés du quinquina, sous la réserve d'une extrême prudence dans son emploi.

Jh. Delioux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LE VÉRITABLE MODE D'ACTION DES PESSAIRES A RÉSERVOIR D'AIR DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES. — DESCRIPTION D'UN NOUVEAU PESSAIRE.

Par le docteur GILLEBERT D'HERCOURT.

Dans l'article que M. Valleix a publié dans l'avant-dernier numéro du *Bulletin général de Thérapeutique* (1), notre savant confrère traite d'un sujet qui m'occupe depuis longtemps; et tout d'abord, en le voyant aborder un ordre d'idées que j'ai adopté et dont je poursuis la vulgarisation, je conçus l'espérance de pouvoir soutenir mon opinion par l'appui de son autorité. Mais bientôt je reconnus qu'il n'avait fait encore que quelques pas dans la voie nouvelle, et qu'à certains égards ses idées ne s'écartent pas de celles qui sont généralement admises, et que je crois être autorisé à considérer comme inexactes. Si la lecture de cette note nécessairement imparfaite, manquant de développement suffisant, ne fournit pas à M. Valleix la preuve de la solidité de mes assertions, qu'il veuille bien prendre la peine de répéter mes expériences, et dès lors, j'en ai déjà l'assurance, il partagera ma manière de voir sur le véritable mode d'action des pessaires à air, auxquels, improprement, passez-moi encore cette expression, on voudrait donner le nom de *pessaires-ballons*. Je trouve, au contraire, très-convenable celui de *redresseur extrà-utérin*, et je m'empresse de l'adopter. La raison de cette différence, nous l'expliquerons tout à l'heure.

Dans un Mémoire que j'ai adressé à la Société de chirurgie de Paris, je me suis appliqué à établir, d'après des recherches sur le vivant et sur le cadavre, les causes de deux faits très-généralement reconnus, à savoir, d'une part, l'incommodité et l'inefficacité des anciens pessaires, et, d'autre part, le soulagement immédiat qui suit toujours l'application des pessaires à réservoir d'air en caoutchouc qui sont insufflés sur place (2). Après de nombreux essais comparatifs, et en tenant compte des dispo-

(1) Voir la livraison du 30 septembre, pag. 250.

(2) Nous croyons devoir revendiquer pour M. Gariel une bonne part dans la constatation de ce fait; c'est même ce résultat remarquable qui a conduit notre confrère à l'invention des ingénieux moyens prothétiques dont il a proposé l'adoption pour le traitement de certaines affections de l'utérus. Le rapport sur le mémoire qu'il a adressé à l'Académie de médecine, il y a plus de trois ans, devant être lu prochainement, nous nous bornons à cette simple réserve. Notre remarque n'ôte d'ailleurs rien à l'importance du fait nouveau signalé par M. Gillebert d'Hercourt.

(*Note du rédacteur en chef.*)

sitions anatomiques, j'ai reconnu que la raison qui cause l'impuissance et les inconvénients des premiers est pour les seconds la source de l'efficacité dont ils jouissent. Tout déplacement de l'utérus déterminant des modifications plus ou moins grandes dans la forme, la direction et les dimensions normales du canal vulvo-utérin, et l'observation ayant démontré que la restauration de ces dispositions ramène naturellement l'utérus à sa place, cette restauration devient la condition *sine quâ non* du succès de la réduction de la matrice dans les cas de chute ou de déviation. En conséquence, tout instrument qui, par sa forme et son volume, s'écartera plus ou moins des dispositions naturelles du vagin et qui ne pourra maintenir d'une manière certaine et durable la direction de ce canal, constituera un mauvais pessaire, et sera, par conséquent, impropre à remédier aux maux qu'il était destiné à combattre. C'est dans cette catégorie que doivent être rangés tous les pessaires plus ou moins solides, connus sous les noms de pessaires en gimblette, en bondon, à tige, à bilboquet, de pessaires élytroïdes, etc. Bien plus, la plupart de ces instruments tendent à déformer le canal vulvo-utérin, en bornant leur action au développement transversal de ce canal, tandis que, dans la plupart des cas, il s'agit principalement de rendre à celui-ci la longueur qu'il a perdue. Des mesures prises sur le cadavre avec la plus scrupuleuse exactitude m'ont démontré qu'aucun des pessaires que je viens de nommer ne relève ni ne redresse convenablement la matrice. Au reste, ce fait n'était pas inconnu, mais la cause en était ignorée ; je pense l'avoir mise en lumière.

L'introduction des pessaires à réservoir d'air a marqué un progrès réel dans le traitement des déviations et du prolapsus de l'utérus ; mais on croit à tort que ce n'est que par le volume qu'ils occupent dans l'utérus qu'ils s'opposent à la chute de cet organe. M. Valleix partage cette opinion ; les dessins qui accompagnent sa note et le nom de pessaires-ballons qu'il donne aux réservoirs d'air en caoutchouc le prouvent. C'est une erreur. Mais le vagin, me dira-t-on, n'est qu'un canal membraneux incapable de résister aux effets de l'insufflation, et qui perdra sa forme à peu près cylindrique et sa légère courbure en avant pour s'accommoder à la forme sphérique de mon ballon. Peut-être aussi, ajoutera-t-on encore, que l'on s'est assuré, par le toucher, que les choses se passent ainsi.

Je pourrais répondre que le toucher ne peut indiquer, au cas particulier, que l'état de la partie antérieure du réservoir d'air, et qu'il ne peut donner aucune connaissance de ce qui existe au delà ; mais j'ai de meilleurs moyens de prouver que l'objection n'est pas basée sur l'observation attentive des faits. J'ai constaté maintes fois sur le cadavre

que le réservoir en caoutchouc, qu'on insuffle dans le vagin, ne communique pas sa propre forme à ce canal; qu'au contraire, c'est à ce dernier qu'il emprunte la sienne, en s'accommodant à tous les contours du canal vulvo-utérin. Ce fait, qui, au premier abord, pourra paraître extraordinaire, est cependant d'une exactitude réelle; et il est naturellement si simple, que, l'attention étant une fois bien fixée sur lui, on est surpris de ne l'avoir pas saisi plus tôt sous son véritable jour. C'est une impression qu'ont éprouvée beaucoup de confrères, et en particulier le professeur Pitha, de Prague, à qui dernièrement j'exposais mes idées sur ce sujet, en lui montrant un pessaire dont je vous parlerai tout à l'heure.

Le réservoir de caoutchouc, sac à parois très-extensibles, ne conserve, en effet, la forme qui lui a été donnée par le fabricant que dans le cas où son développement n'a d'autre résistance à vaincre que celle qui réside dans l'élasticité de la matière qui le compose. Mais dans le vagin il n'en est point ainsi; avant de distendre transversalement les parois de ce canal, il commence d'abord par le remplir, et naturellement il en occupe premièrement toute la longueur; c'est seulement alors que, la tension de l'air continuant à croître, la dilatation se fait dans tous les sens, mais d'une manière uniforme et régulière, autant en longueur qu'en largeur. En vertu de sa souplesse, le sac à air suit es contours du vagin; il en remplit les moindres vides, comme il cède aussi devant les moindres saillies. On peut, en effet, s'assurer sur le cadavre qu'il occupe les culs-de-sac antérieur et postérieur, et qu'il se réfléchit autour du col utérin, qu'il enveloppe de toutes parts, à la manière d'une capsule. D'apparence sphérique ou pyriforme, il n'en existe plus alors pour le sac de caoutchouc, qui, suivant les cas, a pris une forme plus ou moins régulièrement cylindroïde; ce serait donc à tort que, dans cet état, l'instrument en question porterait le nom de *pessaire-ballon*. Cette dénomination, outre qu'elle serait fausse, aurait encore l'inconvénient de laisser perpétuer la croyance que le pessaire n'agit qu'en raison du volume qu'il oppose à la chute de l'utérus; idée fâcheuse s'il en fut jamais, en ce qu'elle autorise encore l'usage déplorable des anciens pessaires, et qu'elle prive les *redresseurs extrà-utérins* de la confiance de beaucoup de praticiens, qui ne comprennent encore la possibilité de réduire les déplacements de la matrice qu'au moyen d'un instrument à cuvette, bien qu'ils n'aient pas encore trouvé la bonne manière de fixer celui-ci. Je n'hésite pas à le déclarer, aujourd'hui rien ne me paraît plus étrange que la plupart des inventions auxquelles cette fausse idée a donné lieu.

L'effet réel, patent, du sac de caoutchouc est donc tout simplement

de rendre possible l'insufflation du vagin ; et, en solidifiant en quelque sorte cet organe dans un développement peut-être exagéré, mais régulier, de fournir ainsi à la matrice un appui certain, qui devient tout à la fois pour elle le meilleur des releveurs et des redresseurs. Le soulagement qu'il apporte ne résulte donc pas de ce que la matrice ne peut pas tomber plus bas, mais plutôt de ce que le vagin, ainsi solidifié, ne peut plus s'affaisser ni se replier sur lui-même, et qu'en cet état il résiste parfaitement aux effets de la pression abdominale.

En opérant sur le cadavre, j'ai pu suivre des yeux le mouvement de bascule que l'insufflation du pessaire en caoutchouc fait éprouver au corps de la matrice toutes les fois qu'il n'est pas retenu au fond du bassin par des brides accidentelles, ou qu'une flaccidité cadavérique trop grande ne s'oppose pas à ce mouvement; celui-ci est d'ailleurs singulièrement favorisé par la position qu'on donne, avant l'insufflation, à l'extrémité du sac de caoutchouc; suivant, en effet, qu'on la place en avant ou en arrière du col de l'utérus, on détermine le corps à basculer dans un sens opposé. J'ai encore pu constater les bons effets de l'insufflation vaginale sur la distension des ligaments antérieurs et postérieurs de la matrice.

Ces différents faits, ainsi que les recherches qui ont aidé à les établir, et leurs applications à la thérapeutique des déplacements de l'utérus sont exposés dans le Mémoire sur lequel j'attends le jugement de la Société de chirurgie; on comprend que je ne puisse entrer dans de plus longs détails, et que je doive me borner à l'exposé qui précède. Toutefois, je prendrai occasion d'en déduire quelques considérations sur la thérapeutique des déplacements de l'utérus.

L'emploi combiné des redresseurs intra et extra-utérins, que recommande M. Valleix, est une idée heureuse qui, dans des cas difficiles, peut favoriser singulièrement la réduction de quelques déviations de l'utérus; néanmoins, l'usage du premier ne me paraît utile que dans des cas exceptionnels, car l'expérience m'a démontré, par exemple, que pour réduire une rétroversion à l'aide du *redresseur extra-utérin*, il suffit de placer avant l'insufflation, ainsi que je l'ai déjà dit, l'extrémité du sac en avant du col utérin ; et, quoique l'occasion m'ait manqué jusqu'ici de l'appliquer contre l'antéversion utérine, je ne doute pas que le mouvement de bascule n'ait lieu de même dans ce cas, mais avec la précaution opposée et dans un sens contraire. Je ne crois donc pas qu'à chaque nouvelle application il faille redresser de nouveau l'utérus avec la sonde ; du moins, je n'ai jamais éprouvé ce besoin pour les rétroversions.

J'applaudis à la durée du séjour du *redresseur extra-utérin* dans

le vagin et aux raisons que M. Valleix donne de cette conduite. Dans le principe, j'avais été séduit par la pensée de laisser aux malades la faculté d'ôter leur pessaire et de le remettre elles-mêmes ; l'expérience m'a appris qu'il convient mieux de le laisser séjourner plus longtemps ; j'ajoute que son retrait doit se faire avec la prudence dont on use avec les bandages herniaires, c'est-à-dire qu'il ne faut le quitter qu'après avoir pris la position horizontale et qu'il faut le replacer avant de se remettre debout : au commencement du traitement, je n'autorise d'ailleurs sa sortie que pendant une heure au plus, en un mot pendant le temps rigoureusement nécessaire pour faire les ablutions, qui doivent avoir lieu également pendant que la malade est couchée. L'utilité, bien reconnue pour moi, de placer, suivant les cas, l'extrémité du redresseur extra-utérin en avant ou en arrière du col, est encore une raison qui me fait refuser aux malades la faculté de replacer elles-mêmes leur pessaire, au moins jusqu'à ce que la réduction du déplacement me paraisse suffisante et solide.

Un avantage dont jouiraient les malades, en apprenant à insuffler elles-mêmes l'appareil, est la perte d'air qui, dit M. Valleix, se produit même dans les ballons les mieux fermés, et par suite de laquelle il devient nécessaire de répéter l'insufflation plusieurs fois par jour. Cette obligation a ses inconvénients et ses dangers; nous verrons tout à l'heure qu'il est possible d'éviter les uns et les autres. Notre savant confrère aurait pu remarquer encore un autre inconvénient inhérent aux pessaires dont il se sert : je veux parler du long appendice qui est fixé au réservoir d'air. Outre que sa longueur déplaît aux malades par la gêne qu'elle détermine, ce tube est fréquemment la cause principale de la chute du pessaire : lorsque la pression abdominale, accrue par un effort, vient à comprimer le réservoir principal, l'air se trouve refoulé dans le tube, et, le volume du pessaire étant diminué d'autant, la poche s'engage dans l'anneau vulvaire, qu'elle dilate, et elle s'échappe au dehors si l'effort continue ou s'il se reproduit. C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai fait construire un pessaire, auquel j'ai donné le nom d'*autocléide*, qui peut être contenu entièrement dans le vagin et dont le mode de clôture ne permet pas la perte de l'air. Il se compose d'un sac en caoutchouc exactement sphérique, et d'un obturateur caché dans une très-petite tige fixée sur un des points de la circonférence du sac. L'insufflation du sac se pratique à l'aide d'un clyso-pompe, d'une seringue ou d'un clyso à pression (j'ai, pour mon compte, adopté ce dernier instrument), avec lequel il est mis en rapport au moyen d'un tube en caoutchouc et d'une double canule qui saisit à volonté l'obturateur et en fait jouer le mécanisme au moyen d'une pression exercée par

l'opérateur sur deux rondelles disposées *ad hoc*. Pour retirer le pessaire, il suffit de mettre la double canule en rapport avec l'obturateur et d'en presser la soupape ; l'air fuit, le pessaire se vide, et on peut alors retirer celui-ci avec la plus grande facilité.

Toutefois, on rencontre certaines femmes qui laissent facilement échapper les pessaires à air, parce que leur anneau vulvaire, étant très-lâche ou très-large, ne présente pas assez de résistance à la tension de l'air. Pour ces cas, j'ai fait préparer des sacs de caoutchouc *multiloculaires* ; c'est-à-dire que j'ai fait placer près de la tige deux petits réservoirs communiquant avec le grand au moyen d'une petite ouverture, et qui reçoivent l'excédant d'air chassé par un effort musculaire de l'intérieur du sac principal ; ils constituent alors deux ailerons, à l'aide desquels l'appareil prend de nouveaux points d'appui sur les parois latérales du vagin et au-dessus de l'anneau vulvaire. Dans cet état de choses, il est impossible que l'appareil s'échappe au dehors. Je ferai observer en passant que lorsque l'on applique le pessaire ainsi disposé, on doit mettre les petits réservoirs en regard des parois latérales du vagin, afin que leur développement ne gêne ni la vessie, ni le rectum.

L'idée des réservoirs multiloculaires peut être appliquée à différents cas, par exemple, ceux de cystocèle et de rectocèle et de fistules vésico ou recto-vaginales : il suffirait alors de placer sur un point déterminé de la circonférence du réservoir principal le petit sac qui serait destiné à contenir la hernie ou à clore l'orifice anormal.

Avec de semblables dispositions, le pessaire *autocléide* répond à des indications variées, et il ne présente pas les inconvénients des autres pessaires en caoutchouc. Plusieurs confrères de Lyon se louent de l'usage qu'ils en ont fait, et j'espère être bientôt en mesure de publier leurs observations. GILLEBERT D'HERCOURT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR DE NOUVELLES FORMULES POUR L'ADMINISTRATION DE LA RACINE DE SCAMMONÉE.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, vient de publier, dans le Répertoire de pharmacie, les formules suivantes pour préparer des purgatifs officinaux avec la résine de scammonée.

Purgatif n° 1.

PR. Sirop de punch..............	50 à 60 grammes.
Solution officinale de résine de scammonée....................	3, 4, 5 ou 6 grammes.

Mêlez exactement. — A prendre en une fois.

Le mélange est un peu louche, mais il ne laisse pas séparer de résine.

Ce purgatif représente 30, 40, 50 ou 60 centigrammes de résine de scammonée.

Purgatif n° 2.

Pr. Sirop de résine de scammonée. 50 grammes.
Eau commune............. 50 à 60 grammes.

Mêlez. — A prendre en une seule fois.

Cette potion représente 50 centigrammes de résine de scammonée, et convient à une personne de force ordinaire.

Solution officinale de scammonée.

Pr. Résine blanche de scammonée d'Alep... 1 partie.
Alcool à 80 degrés centésimaux........ 9 parties.

Dissolvez la résine et conservez le soluté pour l'usage.

Un gramme représente 10 centigrammes de résine.

SIROP DE PUNCH.

Pr. Sirop de sucre................. 800 grammes.
Thé Hyswin.................. 5 grammes.
Citron coupé par tranches, n° 1.

On porte le sirop à l'ébullition, on ajoute le thé et les tranches de citron; on fait bouillir un quart d'heure, on verse dans une terrine, on laisse refroidir et l'on ajoute

Eau-de-vie à 18 degrés Cartier... 35 à 40 centilitres.

On mêle, et l'on passe à travers une étamine.

SIROP DE RÉSINE DE SCAMMONÉE.

Pr. Lait de vache écrémé et bouilli..... 120 grammes.
Résine blanche de scammonée..... 4 grammes.
Sucre........................ 180 grammes.

Triturez la résine avec une partie du sucre (10 à 15 grammes), ajoutez le lait par portions, puis le sucre, et faites un sirop par simple solution au bain-marie, à une très-douce chaleur, et aromatisez-le avec

Sirop de vanille............. 100 grammes.

20 grammes représentent 20 centigrammes de résine.

Ce sirop se conserve parfaitement bien; seulement, lorsqu'il y a longtemps qu'on a touché au flacon qui le renferme, il est bon de l'agiter avant d'en délivrer, dans la crainte qu'un peu de résine ne se soit rassemblée à la surface.

SIROP DE VANILLE.

Pr. Vanille de bonne qualité fendue et coupée 6 grammes.
Alcool à 80° cent.................. 40 grammes.

On laisse macérer pendant 48 heures, en chauffant de temps en temps au bain-marie la fiole qui contient le mélange ; puis on verse l'alcool qui en résulte sur

400 grammes de sucre en morceaux.

On expose celui-ci pendant quelque temps dans une étuve modérément chauffée pour volatiliser l'alcool ; on le pulvérise et on le fait dissoudre à une douce chaleur dans 210 grammes d'eau, puis on verse le sirop sur un filtre.

On voit que M. Lepage n'a rien négligé pour que ses confrères puissent exécuter ses formules comme il le désire; mais nous lui demanderons la permission de lui adresser de courtes observations, et de le prier de nous excuser, si nous ne sommes pas tout à fait de son avis.

Nous ne dirons rien du soluté officinal de résine de scammonée ni des deux purgatifs, parce que le soluté est dosé de manière à rendre des services aux pharmaciens qui emploient souvent cette résine, et parce que les purgatifs peuvent très-bien convenir à beaucoup de personnes. Nous ne dirons rien non plus du nom de *sirop de punch* que M. Lepage a choisi, ni de la petite quantité de thé qu'il prescrit pour préparer son *punch*, puisqu'il ne pouvait pas en employer de manière à nuire à l'effet purgatif de sa préparation. Mais nous appellerons son attention sur le sirop de punch, le sirop de scammonée et le sirop de vanille.

Le sirop de punch peut être très-convenable pour préparer le purgatif n° 1; mais nous pensons qu'il est plus rationnel de faire préparer une infusion de thé et d'ajouter à l'infusé le sucre nécessaire pour le transformer en sirop, que de faire bouillir le thé pendant un quart d'heure dans du sirop ; car il n'y a pas un grand avantage à multiplier les excipients officinaux, lorsqu'ils ne peuvent être employés que pour préparer un seul médicament.

Si le sirop de résine de scammonée de M. Lepage ne contenait pas une matière animale capable de se transformer facilement en ferment, s'il ne pouvait pas acquérir une saveur très-désagréable lorsque le flacon dans lequel on le conserve n'est pas plein ; si la résine de scammonée ne se rassemblait pas à la surface du sirop ; si nous manquions de purgatifs agréables et sûrs ; s'il n'était pas possible de préparer instantanément le sirop de M. Lepage en remplaçant le sucre par du sirop, et l'eau qu'il ajoute au sirop pour faire la potion, par le lait qu'il

emploie pour faire son sirop ; et si le chocolat ne présentait pas un moyen très-agréable d'administrer la résine de scammonée ; nous conseillerions de préparer son sirop, en recommandant toutefois de ne le préparer qu'en petite quantité, de le diviser de suite dans de petites fioles et de l'arranger de manière à ce qu'il puisse se conserver. Mais comme un purgatif de cette nature doit toujours être préparé de manière à représenter exactement la résine prescrite, nous ne croyons pas que ce sirop puisse être considéré comme une préparation officinale.

Nous terminerons ces observations en disant que beaucoup de pharmaciens préparent depuis très-longtemps du sirop de vanille, que plusieurs formules ont été publiées, et que le sirop de M. Lepage ne contient pas assez de vanille, puisque 20 grammes de ce sirop ne représentent pas tout à fait 20 centigrammes de vanille.

DESCHAMPS.

M. le docteur Foy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, vient d'adresser au Répertoire de pharmacie quelques formules que nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs.

POUDRE ANTISPASMODIQUE DE HEINTZ.

Gomme arabique pulvérisée.	20 grammes.
Oxyde blanc de zinc.	1 gramme.
Poudre de valériane.	50 centigrammes.

Mêlez exactement et faites des paquets de 30 centigrammes, dont on prendra trois par jour dans les affections avec spasmes nerveux.

TABLETTES PURGATIVES DE GARTNER.

Scammonée d'Alep pulvérisée. . . .	10 centigrammes.
Sucre en poudre.	2 grammes.
Mucilage avec gomme adragante et eau de fleurs d'oranger.	Q. S.

pour deux tablettes.

A prendre le matin à jeun, dans les constipations idiopathiques.

SEL DE SWITON.

Sulfate de magnésie.	45 grammes.
Emétique.	3 centigrammes.

Mêlez.

Eau fondante de Switon.

Mélange ci-dessus; eau de fontaine. . . . . 1 litre.

Faites fondre, filtrez. A prendre dans la matinée.

EMPLATRE DE KENNEDY.

Cire jaune.	30 grammes.
Poix noire.	8 grammes.
Galbanum.	2 grammes.
Huile d'olives.	2 grammes.
Emplâtre diapalme.	30 grammes.
Verdet pulvérisé.	8 grammes.

Mêlez à l'aide de la chaleur et faites des magdaléons de 25 gram.

ELIXIR DE VILLETTE.

Dans un vase suffisamment grand, faites macérer pendantun mois :

Résine de gaïac pulvérisée.	1,500 grammes.
Rhum.	37 kil. 500 gr.

Décantez, ou mieux, filtrez.

D'un autre côté, faites digérer pendant un mois également :

Écorce de kina jaune concassée.	3 kil.
Fleurs de coquelicot.	1,500 gram.
Sassafras en copeaux.	750 gram.
Eau-de-vie.	25 kil.
Eau pure.	100 kil.

Filtrez comme ci-dessus.

En troisième lieu, prenez :

Salsepareille fendue et coupée.	500 grammes.
Liqueur de la seconde opération. . .	12,500 grammes.

Faites bouillir pendant deux ou trois heures, passez à travers un linge, et avec :

Sucre.	6,250 grammes.

Faites un sirop marquant 34 degrés bouillant.

Réunissez toutes les liqueurs et le sirop dans un même vase, agitez le tout de temps en temps, et, après un mois, décantez ou filtrez, et mettez en bouteilles.

Cet élixir, désigné encore sous le nom d'*Elixir de gaïac dulcifié*, combat avantageusement les affections goutteuses et rhumatismales.

On le donne à la dose d'un petit verre à liqueur (15 grammes) le matin, à jeun, pour les adultes ; d'une cuillerée à bouche pour les femmes.

Les enfants faibles et délicats se trouveront bien de son usage. Pour eux, la dose sera d'une cuillerée à café.

Opiat antigoutteux et antirhumatismal de Villette.

Résine de gaïac pulvérisée.	3 kilogrammes.
Mercure doux	125 grammes.
Cannelle en poudre..	125 grammes.
Sirop de nerprun.	Q. S.

Mêlez exactement et conservez.

Dose : 1 à 2 grammes pour un adulte, 1 gramme pour les femmes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS D'ANASARQUE GUÉRIE PAR LES TROIS SOUPES AU LAIT ET L'OIGNON CRU.

Dans les notes publiées dans le *Bulletin*, M. Serres réclame le témoignage des praticiens qui essayeront le traitement de l'anasarque par le lait et l'oignon ; je me hâte donc de vous adresser l'observation d'un malade atteint d'anasarque, guéri par le moyen indiqué par notre savant confrère d'Alais.

Obs. François Crussard, ancien militaire, âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une vie extrêmement régulière, s'aperçut, il y a environ un mois, d'un œdème des pieds qui, dans l'espace de huit jours, fit des progrès assez rapides pour l'engager à recourir aux secours de l'art; appelé près de lui le 2 août, je le trouvai dans l'état que je vais décrire. Cet homme est assis dans son lit, la tête et le dos appuyés sur un grand nombre de coussins, le décubitus étant impossible à cause de la suffocation ; la face, habituellement très-maigre, est extrêmement bouffie, le col est gonflé, les mains sont œdématiées, mais c'est notamment depuis les cuisses que l'infiltration est le plus prononcée; la peau des membres inférieurs est tendue, luisante; le volume des extrémités est plus que doublé; le ventre est tuméfié, on ne sent pas de fluctuation, mais la peau porte l'empreinte du doigt ; l'infiltration a son siége là, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade ne peut aucunement marcher, ses jambes sont d'une raideur trop considérable ; la respiration est pénible, le moindre mouvement cause une dyspnée extrême ; l'appétit est perdu, la soif inextinguible. Les urines essayées par l'acide nitrique ne précipitent pas, la chaleur ne les coagule pas ; le cœur, scrupuleusement examiné au moyen de la percussion et de l'auscultation, ne présente absolument rien d'anormal; le pouls est très-régulier, à 65, médiocrement plein ; le ventre n'est pas douloureux, les selles sont naturelles, la région du foie ne présente ni sensibilité, ni matité anormale ; la coloration n'est nulle-

ment ictérique : le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente; l'œdème a débuté au milieu d'une santé parfaite, après une nuit passée dans une chambre dont les fenêtres sont restées ouvertes pour éviter la trop grande chaleur. L'écoulement des urines était peu, fort peu abondant ; ce liquide n'était pas changé dans son aspect. J'attribuai la production de l'anasarque à la suppression de la transpiration par le refroidissement subi par le malade dans une chambre ouverte au froid de la nuit.

Je conseillai le traitement indiqué par M. Serres avec une grande confiance, d'abord parce qu'il m'est arrivé de vérifier souvent par moi-même les assertions de cet habile praticien, à la probité et à la sagacité duquel je me plais à rendre un légitime hommage; ensuite parce que j'avais vu le lait (toutefois sans adjonction d'oignon) amener un succès inespéré dans trois cas d'ascite ; un produit par une inflammation subaiguë du péritoine ; un second, à la suite d'une duodénite chronique chez un ivrogne, auquel j'avais pratiqué la paracentèse ; un troisième enfin chez un homme atteint, à la suite d'excès, d'ascite consécutive à une hypertrophie du foie accompagnée d'un ictère rebelle.

Le malade prit donc trois soupes au lait et trois oignons par jour ; ces oignons ont été alternativement mangés crus ou cuits ; un peu d'eau pure fut accordée pour étancher la soif. Pendant cinq jours, nul effet sensible ; mais, à dater du 7 août, les urines commencèrent à couler abondamment, l'oppression diminua, l'œdème suivit la même marche, et hier 15, j'ai trouvé mon malade complétement guéri, sans enflure, sans oppression, en un mot, tel qu'il était avant sa maladie ; il est juste de dire que cet homme a suivi son traitement avec une scrupuleuse exactitude ; pour plus de sûreté, je l'ai engagé à le continuer encore quelque temps.

Claudot, D. M.
à Neufchâteau.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'œil sur le mode d'action du perchlorure de fer sur le sang et les parois artérielles. — En signalant les premiers essais tentés avec le perchlorure dans le traitement des anévrysmes, nous avons pris l'engagement de faire connaître à nos lecteurs les quelques cas dont nous étions témoins dans les hôpitaux de Paris. Les mauvais résultats qui ont suivi ces expérimentations nous ont engagé à laisser les chirurgiens sous les yeux desquels ils s'étaient produits, publier ces faits et exprimer leur opinion sur la valeur de la nouvelle méthode. Le moment est venu de réaliser notre promesse; mais avant de rap-

porter ces observations, qu'il nous soit permis de jeter encore un coup d'œil sur le mode d'action du perchlorure et sur le sang et les parois artérielles. Ce sera ainsi faire la part que l'on doit accorder aux données exclusivement chimiques pour la solution de la question.

Dès la première expérience que nous avons pratiquée sur les chevaux, nous avons fait remarquer que le caillot présentait une organisation spéciale; qu'il constituait une sorte de *magma* d'une densité considérable, et produit par la réaction du sel de fer sur les éléments fibro-albumineux du sang. La constitution de ce caillot, jointe à l'action locale du perchlorure sur les parois artérielles, nous porta à craindre que ce magma n'agît comme corps étranger, et nous n'hésitâmes pas, malgré les paroles encourageantes de M. le professeur Lallemand, à engager nos lecteurs à mettre une grande réserve dans leurs essais; plusieurs d'entre eux, qui nous ont écrit à ce sujet, doivent aujourd'hui s'applaudir d'avoir suivi notre avis.

Ce mot de *magma* a heurté tout d'abord, et notre regrettable confrère Pravaz, dans sa dernière note adressée à la Société de chirurgie, tout en adoptant cette dénomination, faisait remarquer que, pour obtenir la coagulation du sang contenu dans un sac anévrysmal, il était nécessaire de provoquer seulement la formation de quelques grumeaux. Nous examinerons tout à l'heure, en exposant l'action locale du perchlorure sur les parois artérielles, ce qu'il y avait de fondé dans l'assertion du promoteur de la méthode.

M. Burin du Buisson a senti aussi la valeur de notre objection, et, pour la détruire, il a entrepris une série d'expériences tendant à montrer que le perchlorure se trouvant combiné aux matériaux du sang, les éléments du magma *devaient* être résorbés. Malheureusement, les faits ne sont pas venus confirmer les prévisions de ce chimiste.

Le perchlorure est un sel solide; or, avant de songer à l'injecter dans les vaisseaux, il fallait le faire dissoudre. Quel degré de concentration devait-on donner à la solution pour obtenir les meilleurs résultats? C'était un point fort important, car ce sel est caustique, et, on l'a vu par le récit de nos premières expériences, l'inflammation des tuniques artérielles a été si considérable, avec une solution très-concentrée, qu'on ne pouvait songer à transporter ces expériences des animaux à l'homme. Dans ses essais, M. Pravaz employa une solution plus étendue, et, ne voyant pas survenir d'accidents inflammatoires à la suite de ses injections dans les carotides de chevaux ou de mouton, notre savant confrère avait cru pouvoir fixer la densité de la solution du perchlorure à 45 degrés de l'aréomètre de Beaumé.

Les accidents survenus dès les premières tentatives sur l'homme

sont venus montrer que l'action du liquide hémosplastique était encore trop énergique, et ont engagé M. Burin du Buisson à préparer une solution plus étendue, d'un poids spécifique moins élevé. Les faits observés sur l'homme, même avec la solution préparée par cet habile chimiste, prouvent qu'il n'a pas encore réalisé le service qu'il a tenté de rendre à la solution de la question de l'emploi du perchlorure en chirurgie. « Nous croyons avoir la certitude, dit M. Burin du Buisson, qu'en privant le perchlorure de tout excès d'acide, on aura éloigné la cause principale des accidents secondaires qui peuvent survenir par le fait seul de l'action irritante de l'acide en excès ou libre, accidents que ce dernier, dans tous les cas, ne peut qu'aggraver. » Or, les accidents survenus dans toutes les tentatives pratiquées par les chirurgiens des hôpitaux de Paris, prouvent que la solution de perchlorure, privée d'excès d'acide et réduite à la pesanteur spécifique de 1,261, ou 30 degrés (Beaumé), n'offre pas l'innocuité que nous promettait la chimie, et que le problème de la cure des tumeurs anévrysmales est loin encore d'être résolu. Ces accidents sont en trop grand nombre aujourd'hui pour accepter la conclusion du travail de M. Burin du Buisson. En effet, notre auteur a dit : « En résumé, le perchlorure de fer neutre est une substance *styptique*, *tannante*, mais sans action *caustique* ou corrosive proprement dite. »

Nous devons toutefois faire une certaine réserve à cet égard. On a vu que M. Burin, à l'appui de son opinion sur l'innocuité du perchlorure, a cité un cas de tumeur anévrysmale du tronc brachio-céphalique, dans lequel M. Barrier avait pu injecter, en trois fois, environ *soixante-quinze gouttes* de perchlorure de fer ; toutefois il s'est trop hâté de conclure en ajoutant « qu'il n'était pas survenu le plus léger trouble fonctionnel dans l'économie. » J'ai vu le malade lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur. Un moment même, M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante. Heureusement pour le malade, les accidents sont restés bornés aux tissus qui environnaient le sac, et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital ; sa tumeur avait un peu augmenté de volume, les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. Je ne m'étends pas plus longuement sur ce fait, car je sais que M. Barrier doit le publier prochainement, et ne veux pas déflorer cette intéressante observation. Les quelques détails que je cite suffisent toutefois pour montrer que le

liquide dont se servent les chirurgiens de Lyon est moins agressif que celui que l'on emploie à Paris.

M. Burin aurait encore pu citer un autre fait observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon; un cas d'anévrysme du pli du coude, du volume d'une forte noix, y a été en effet traité avec succès par l'injection de huit à dix gouttes de perchlorure de fer, sans qu'aucun accident soit survenu. Ce malade, que M. Vallette m'a fait voir, est le seul cas de guérison dont j'aie encore été le témoin. C'est probablement au petit volume de la tumeur, à l'état fluide du sang, etc., que ce résultat heureux est dû. Mais là n'est pas la question en ce moment, où nous jugeons l'innocuité de l'injection.

Ainsi, tandis que dans les hôpitaux de Paris toutes les tentatives de traitement de tumeurs anévrysmales par l'injection de six, huit et dix gouttes de perchlorure de fer, se sont terminées par l'ulcération du sac, il n'en a pas été de même dans les deux seuls cas traités à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Pour expliquer ces résultats si opposés, il faut que la solution du perchlorure ne conserve pas longtemps l'état neutre qu'elle possède en sortant du laboratoire du chimiste. En effet, au fond des flacons adressés à la Société de chirurgie, il y a plusieurs mois, par M. Burin, on voit en effet un dépôt assez considérable de sel de fer. Ce point de la question mérite d'être examiné avec attention. Sans nous laisser conduire exclusivement par les données de la chimie, il ne faut pas rejeter les enseignements qu'elle nous donne. De son côté, la chimie doit tenir compte des résultats que fournissent les expérimentations.

L'innocuité de l'injection des agents coagulateurs est subordonnée surtout au degré d'action des substances sur les tuniques des vaisseaux. M. Burin du Buisson, en abaissant à 30 degrés la solution de perchlorure, préparée d'abord à 45 degrés, a prouvé qu'il nous fournissait un liquide moins agressif et doué en même temps d'un pouvoir coagulant plus énergique. C'est un service signalé qu'il a rendu à la pratique, nous aimons à le proclamer; mais qu'il abaisse encore le poids spécifique de la solution, et qu'il provoque de nouveaux essais. Qu'il ne craigne pas même d'oublier un instant les résultats de ses réactions chimiques, et qu'il fasse expérimenter les sels de fer placés au bas de l'échelle hémoplastique, peut-être trouvera-t-il alors la solution du problème. Le cas de tumeur érectile guéri par M. Brainard à l'aide d'une injection de lactate de fer, que nous avons récemment publié, bien qu'il appartienne à un autre ordre de lésions, légitime ces tentatives nouvelles.

M. Burin du Buisson nous a adressé une note complémentaire du Mémoire que nous avons publié; dans ce travail, ce laborieux expérimentateur rend compte de l'examen microscopique qu'il a fait avec l'aide

de M. Lambert, du coagulum fourni par le perchlorure. Cette étude complète l'examen et physique et chimique si largement traité dans son Mémoire, mais sans offrir aucun élément nouveau pour la solution de la question pratique.

L'examen microscopique fournit cependant quelques données utiles, mais pour cela il faut faire l'étude du caillot encore contenu dans le vaisseau. On voit alors que les couches périphériques du coagulum ont contracté des adhérences très-fortes avec les parois, qu'il faut racler fortement avec le scalpel pour séparer des parois artérielles les grumeaux sanguins; mais ce qu'il y a de plus important à savoir, c'est que cette adhérence est due à la destruction complète de l'épithélium pavimenteux de l'artère. L'action caustique du perchlorure de fer sur la membrane interne peut même aller au delà de la couche inorganique de l'épithélium pavimenteux, atteindre les couches sous-jacentes et y déterminer un travail d'inflammation, ainsi qu'on l'a vu par le récit des expériences que nous avons publiées. Ces expériences ayant été faites avec une solution concentrée de perchlorure, nous avons dû rester dans une certaine réserve quant aux conclusions que nous pouvions tirer de cette action du nouvel agent hémoplastique; les cas d'accidents, même avec la solution préparée par M. Burin du Buisson, sont malheureusement aujourd'hui trop nombreux pour laisser aucun doute à cet égard.

Ce n'est pas qu'il faille rejeter tout à fait les bénéfices de cette action locale de la solution des agents coagulateurs. Un certain degré d'inflammation est chose utile; elle peut provoquer à elle seule la formation d'un caillot, et lorsque celui-ci est formé, elle soutient son organisation et amène ainsi la guérison du malade. Cette part qu'il faut faire à ce qu'on a appelé jusqu'ici un accident du traitement, me porte même à émettre une certaine réserve quant à l'assertion avancée par M. Lenoir. Cet habile chirurgien émet l'opinion que, dans les cas où les artères sont ossifiées, la méthode des injections est la seule praticable. Or, les modifications que les dépôts calcaires apportent dans la constitution des parois du sac leur permettent-elles de bénéficier de cette action? d'autre part, l'amincissement des tuniques artérielles n'implique-t-il pas une grande prudence dans les expérimentations?

On le voit, la question de la méthode des injections des sels de fer, comme traitement des anévrysmes, est moins simple qu'elle ne le paraît de prime abord. Du reste, comme en thérapeutique la parole est aux faits bien observés, nous allons en rapporter deux nouveaux, dus à MM. Velpeau et Lenoir. Ces cas ne permettent pas encore de trancher la question, car l'injection du perchlorure a été pratiquée au sein de caillots fribrineux, dont les tumeurs étaient presque entièrement remplies.

Anévrysme poplité. — Trois injections de perchlorure de fer. — Phlébite de la veine fémorale. — Mort.—Lizoski (André), palefrenier, soixante-deux ans, entra, le 10 février 1853, à l'hôpital Necker, pour un anévrysme poplité du volume d'un œuf de poule, qu'il attribuait à une marche forcée faite un mois auparavant. L'artère fémorale paraissait en partie ossifiée, ce qui rendait la ligature périlleuse; mais la jambe n'étant nullement œdématiée, M. Lenoir jugea la compression de l'artère applicable. Elle fut difficilement supportée, non encore d'une manière continue; et, au bout d'un mois, l'anévrysme avait même augmenté. On s'aperçut qu'en mettant la jambe en demi-flexion, on suspendait les battements de l'anévrysme; cette position fut maintenue un mois sans amélioration. En désespoir de cause, M. Lenoir eut recours au perchlorure de fer.

La première injection fut faite avec la seringue de Pravaz, le 19 mai 1853. Le malade étant couché sur le ventre, on ponctionne la tumeur au niveau de sa partie moyenne, en se rapprochant du point où l'artère s'abouche supérieurement dans le sac anévrysmal; le trocart retiré, quelques gouttes de sang veineux sortent par la canule. La compression étant faite, on adapte à la canule une seringue. On pousse sept gouttes. La compression est maintenue pendant dix minutes après l'injection, et interrompue une fois pendant ce temps, pour savoir si les battements avaient cessé; ils étaient aussi forts. Au bout de dix minutes, on sépare la petite seringue de la canule; celle-ci laisse écouler quelques gouttes d'un liquide qui semble du perchlorure de fer à peu près pur. Les battements n'ont pas cessé. La canule retirée, on porte le malade à son lit; la jambe est placée sur un coussin, légèrement fléchie et couchée sur le côté externe. Le lendemain et les jours suivants, rien de nouveau; pas de diminution appréciable dans les battements, bien que le malade déclare que, pour lui, ils sont moins forts.

Le 31 mai, une nouvelle tentative est faite au lit du malade. On pratique, dans la même séance, deux ponctions suivies de deux injections : l'une très-près du lieu de la première opération, et le malade étant couché sur le ventre; l'autre à la partie la plus élevée et la plus interne de la tumeur, la jambe étant demi-fléchie sur la cuisse et le malade couché sur le dos. On injecte en tout seize gouttes de liquide, et tout se passe dans cette opération comme dans la première. Les résultats n'en sont pas plus favorables, quoiqu'on ait employé cette fois des instruments qui donnent plus de précision et de sûreté à la manœuvre.

Le 18 juin, M. Lenoir se décide à une nouvelle injection. Il doit

opérer avec du perchlorure de fer envoyé de Lyon par M. Burin du Buisson, et la seringue dont il va se servir, fabriquée par M. Charrière, est de verre, afin qu'on puisse voir si le liquide ne passe pas au-dessus du piston. M. Lenoir pénètre dans la tumeur, en se rapprochant le plus possible du lieu où l'artère s'abouche dans le sac; la tige du trocart enlevée, il s'écoule par la canule un peu de sang veineux. On déplace légèrement cette canule, en la poussant plus avant, et l'on en voit bientôt sortir un véritable jet peu élevé, mais saccadé, d'un liquide vermeil qui, à n'en pas douter, est du sang artériel. Un aide fait la compression, le jet s'arrête aussitôt; et au moyen du long tube de la seringue introduit dans la canule, M. Lenoir injecte six gouttes de perchlorure de fer; la compression est maintenue pendant cinq minutes, après quoi on la supprime. Les battements se reproduisent aussitôt, et la canule participe d'une manière visible aux mouvements du sac.

Nouvelle injection de six gouttes du liquide coagulant, après avoir débouché la canule (laissée en place), au moyen de la tige du trocart introduite dans son intérieur. La compression est faite pendant cinq minutes; on la supprime de nouveau, et les battements reparaissent aussitôt. On enlève enfin la canule, et l'on applique sur la piqûre un morceau de diachylon. La canule enlevée, un peu de perchlorure s'écoule par son orifice supérieur; en y introduisant le trocart, on en fait sortir un long caillot très-ferme et filiforme. (Pendant l'injection, un peu de perchlorure est remonté au-dessus du piston, de sorte qu'il n'en est pas entré 12 gouttes dans le sac.)

Aucun phénomène remarquable ne se manifeste pendant les premiers jours qui suivent l'opération; mais à partir du 23 juin il en est autrement. Le malade éprouve tout à coup dans la soirée une douleur sourde dans le creux du jarret, et est pris successivement de frisson, de chaleur et de sueur. Le lendemain, la région poplitée est chaude, tendre, très-douloureuse à la pression. Le pouls est fort et fréquent, la peau chaude et sèche; gémissements continuels du malade ; les veines superficielles sont plus distendues qu'à l'ordinaire. Malgré un traitement bien ordonné et énergiquement conduit, les accidents locaux et généraux de la phlébite fémorale s'aggravent, et le malade succombe dans la matinée du 28 juin.

L'autopsie montre des plaques nombreuses d'ossification dans l'artère, comme on l'avait reconnu pendant la vie. Il y a du sang épanché tout autour de la tumeur et dans les muscles voisins; la tumeure, dure, est remplie par un magma sanguin adhérant aux parois, plus résistant à son centre qu'à sa circonférence, et d'une cou-

leur lie de vin. La veine fémorale, au niveau de la tumeur, est aplatie, presque imperméable au sang; au-dessus, elle est remplie d'une sanie couleur lie de vin, qui ne remontait pas, du reste, dans les veines du bassin.

M. Lenoir a exposé quelques-unes des difficultés de l'opération, et il insiste surtout sur celle de faire arriver l'extrémité du trocart dans la colonne sanguine qui traverse la poche anévrysmale, et sur laquelle il importe d'agir exclusivement. « J'ai plusieurs fois éprouvé, dit-il, cette difficulté à chacune des tentatives d'oblitération du sac que j'ai faites chez mon malade : je piquais la tumeur du jarret sur ses côtés ou sur l'une ou l'autre de ses extrémités, et souvent il m'arrivait de ne pas voir sortir une goutte de sang par la canule; alors j'étais obligé ou de déplacer l'extrémité de l'instrument, ou de refaire une autre ponction, manœuvre qui, si elle était fréquemment répétée, pourrait amener à elle seule l'inflammation et la suppuration de l'anévrysme. J'ai pensé que, dans cette circonstance, je faisais pénétrer mon trocart dans l'épaisseur d'une substance fibrineuse stratifiée à l'intérieur du kyste sanguin, comme on en voit fréquemment dans les anévrysmes volumineux et anciens des gros troncs artériels. Peut-être que cette difficulté ne se rencontrera que dans certains cas; mais dans celui que j'ai eu à traiter, elle a été assez grande et assez répétée pour que je me demande s'il ne conviendrait pas mieux, en pareille circonstance, de faire l'injection coagulante dans la portion d'artère placée immédiatement au-dessus ou au-dessous du sac anévrysmal, que de la faire dans le sac lui-même. En agissant ainsi, on aurait le triple avantage de n'avoir besoin d'injecter qu'une petite quantité de perchlorure; d'agir sur une partie d'artère saine et dont les rapports anatomiques n'ont subi aucun changement; enfin d'obtenir le même résultat, c'est-à-dire l'oblitération de la tumeur anévrysmale, par stagnation du sang dans son intérieur.

« Une dernière difficulté de l'opération, que l'expérience m'a fait connaître aussi dans ce cas, c'est d'éviter de ponctionner avec le trocart des organes importants à ménager, placés dans le voisinage de la poche, tels que les veines et les nerfs d'un certain calibre. On a vu, dans l'observation qui précède, qu'une seule altération organique, pouvant rendre compte de la mort prompte de mon malade, a été rencontrée à l'autopsie, c'est l'inflammation de la veine poplitée et le séjour dans son intérieur d'un liquide sanieux et purulent. Je me suis demandé, depuis, si cette inflammation ne s'était pas développée à la suite d'une des piqûres que j'ai faites à l'anévrysme. Je comprends d'autant mieux qu'il en puisse être ainsi, que la veine poplitée était

aplatie et intimement adhérente à la tumeur du jarret ; qu'elle était presque imperméable au sang, et, par conséquent, sans que rien puisse indiquer sa présence à l'opérateur dans un point quelconque du voisinage de l'anévrysme.

« Je regarde cette difficulté comme bien plus importante à signaler et plus difficile à surmonter que celles qui précèdent. On me pardonnera de les avoir exposées avec quelques détails ; c'était le seul moyen, je crois, de les faire éviter aux chirurgiens qui seraient comme moi tentés de mettre de nouveau à l'épreuve une méthode qui est appelée à rendre de grands services, et par l'extrême simplicité de son exécution, et surtout par l'application qu'on peut en faire à des cas considérés aujourd'hui comme au-dessus des ressources de l'art et par leur siége et par leur volume. »

Anévrysme faux consécutif du pli du coude. — Deux injections de perchlorure de fer ; insuccès. — Ligature de l'artère humérale. — Hémorrhagie. — Guérison. — Le nommé Désiré Cuvillier, étudiant, âgé de dix-neuf ans, entre le 13 mai dans le service de M. le professeur Velpeau, pour une tumeur du pli du coude, survenue à la suite d'une saignée. Cette tumeur est le siége de battements manifestes à l'œil et au doigt. Le diagnostic n'est pas douteux ; c'est un anévrysme faux consécutif. Son volume est considérable, son axe vertical mesure une étendue de 8 centimètres, et son axe transversal 10 centimètres. Le 21 mai, M. Velpeau, voulant expérimenter la méthode de M. Pravaz, injecte dans la tumeur huit à dix gouttes de la solution apportée par M. Burin du Buisson, qui assiste à l'opération. Quelques points sont à noter dans le mode opératoire : l'arrêt de la circulation est pratiqué avec un garrot que l'on applique au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde ; en même temps un aide comprime fortement l'avant-bras, au-dessous de la tumeur. Afin de faciliter l'introduction du trocart, M. Velpeau pratique sur le point le plus saillant de la tumeur une petite incision n'intéressant que l'épaisseur de la peau. L'instrument enfoncé dans la tumeur, on retire la tige du trocart, mais pas une goutte de sang ne sort par la canule ; cependant le chirurgien s'assure et fait constater par les assistants qu'elle plonge dans une cavité. Malgré cette circonstance, M. Velpeau fait faire 10 demi-tours au piston de la seringue Pravaz, et huit à dix gouttes de perchlorure pénètrent dans le centre de la tumeur. Au bout de cinq minutes, on retire l'instrument. La tumeur semble avoir pris plus de consistance ; mais trois minutes après, lorsqu'on desserre le garrot, elle reprend ses mouvements d'expansion ; les pulsations de la radiale se font sentir de

nouveau. Un peu de rougeur et de chaleur se manifestent les jours suivants dans la tumeur ; tels sont les seuls accidents qui suivent cette première tentative.

Le 26 mai, une éruption de varioloïde apparaît : elle ne présente rien de particulier dans son cours, si ce n'est que, très-discrète partout, elle n'est confluente qu'au niveau de la tumeur et sur toute la partie du bras entourée par le bandage contentif.

Le 10 juin, comme on fait cesser les battements en plaçant le membre dans l'extension forcée, on essaye ce moyen en y joignant la compression de la tumeur ; mais le lendemain il faut y renoncer, à cause de l'extrême douleur qu'il cause au malade. M. Velpeau fait alors une nouvelle injection avec le perchlorure. La canule, cette fois, ne semble pas libre dans la tumeur ; elle paraît serrée dans un caillot volumineux; aussi le chirurgien dépose dans quatre ou cinq points différents de la masse deux gouttes de l'agent coagulateur, en tout de huit à dix gouttes, comme dans la première tentative. Les résultats en sont moins innocents; le soir, la tumeur a augmenté de volume, elle est devenue plus douloureuse, et les battements sont aussi prolongés qu'avant l'opération. Ne comptant plus sur l'action du nouvel agent, M. Velpeau pratique, le 18 juin, la ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne.

Aussitôt l'opération, le membre pâlit et se refroidit. Dans la journée l'avant-bras se tuméfie; quelques veines sous-cutanées de la main apparaissent plus distinctement. Le soir des phénomènes de réaction générale se manifestent ; le pouls est plein et fréquent, la peau chaude, la face rouge, la soif vive.

24 et 25. Le membre est œdématié; la circulation n'est pas rétablie dans les artères de l'avant-bras. La réaction générale diminue.

26. Les battements reparaissent faiblement dans la radiale ; l'une des piqûres pratiquées pour les injections s'ouvre et laisse échapper un liquide noirâtre assez abondant.

3 juillet. Il sort de cette ouverture très-agrandie un caillot noirâtre, une sorte de détritus du volume d'une noix, et le lendemain la totalité de la tumeur est remplacée par un clapier grisâtre, dans lequel M. Velpeau fait placer une boulette de charpie sèche.

6 juillet. La plaie de la ligature se couvre de bourgeons charnus. Dans la journée, il s'écoule par la plaie de la tumeur une quantité de sang considérable. Le malade a une syncope. On applique le tourniquet sur l'artère humérale; la compression est faite sur la tumeur. Au rapport des internes présents au moment de l'accident, le sang serait sorti par l'extrémité supérieure de la plaie et en nappe. L'hémorrhagie s'est arrêtée dès que la compression a été faite au-dessus de la ligature.

12 juillet. Un peu avant la visite, une nouvelle hémorrhagie se produit de nouveau par l'extrémité supérieure de la plaie. On réapplique le tourniquet au niveau de la plaie. M. Velpeau, à son arrivée, incise la peau largement, remplit le foyer de boulettes de charpie et fait une compression. L'hémorrhagie reparaît; on renouvelle le même pansement, mais la charpie est préalablement imbibée de la solution de perchlorure de fer. L'écoulement du sang s'arrête. Elévation du membre.

14. Au moment du pansement, on enlève une masse molle, noirâtre, formée par la charpie imprégnée de sang coagulé par le perchlorure.

15. Le fond de la plaie est rosé et couvert de bourgeons charnus, fournissant une suppuration de bonne nature.

18. Nouvelle hémorrhagie semblant avoir sa source à l'angle inférieur de la plaie. En essayant de serrer dans une pince cette ouverture, on la déchire et on l'agrandit. Le doigt, porté sur ce point, y perçoit des battements. Compression immédiate avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Position élevée du membre.

19. L'hémorrhagie reparaît toujours par le même point. Même traitement.

25. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; la plaie est en bon état, la suppuration de bonne nature. Pansement avec la charpie sèche.

29. Pansement simple. A partir de ce moment, la cicatrisation des plaies n'est plus entravée; et le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 21 août.

Nous croyons devoir insister de nouveau sur la différence des résultats obtenus dans les essais tentés à l'Hôtel-Dieu de Lyon et les hôpitaux de Paris; car, dans une leçon clinique récente, M. le professeur Malgaigne n'hésitait pas à rejeter d'une manière formelle l'emploi du perchlorure dans le traitement des anévrysmes. Ce n'est pas seulement sur les accidents nombreux qui se sont produits dans la plupart des tentatives faites jusqu'ici que ce savant chirurgien basait sa conclusion, mais surtout sur l'observation d'un malade placé dans son service, chez lequel une injection de *quatre gouttes et demie* seulement avait provoqué une inflammation violente du sac, et avait forcé M. Malgaigne à recourir à la ligature de l'artère humérale. Le perchlorure était, dit-on, bien préparé ; un atome mis en contact avec la petite quantité de sang sortie au moment de la dernière ponction, transforma ce liquide en une *boue noirâtre*. Nous récusons cette preuve de la bonne préparation de l'agent coagulateur, sans en rendre toutefois responsable M. Malgaigne, puisque le récit du fait ne lui appartient pas. Quant au jugement porté sur la nouvelle méthode par ce chirurgien, on ne peut

le récuser; car, dans la dernière séance de l'Académie (25 octobre), M. Malgaigne a adressé une lettre dans laquelle il prie la savante compagnie de lui réserver un tour de faveur pour lire un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrysmes. « Une grave question, touchant l'emploi du perchlorure dans les anévrysmes, dit M. Malgaigne, a été agitée dans d'autres Sociétés savantes et dans la presse, et n'a pas été jugée, à mon sens, comme il convient. J'ai tenté cette méthode; d'autres de nos collègues l'ont aussi essayée, et je crois qu'elle doit être absolument rejetée; l'arrêt partant de l'Académie n'aura que plus de poids, et ne pourra qu'ajouter à l'autorité de la compagnie. » Si les quelques remarques que nous venons de rappeler n'avaient pas été livrées à l'impression, nous aurions attendu, pour les présenter, le résultat de la discussion que la lecture du travail de M. Malgaigne doit provoquer au sein de l'Académie. La question, à nos yeux, ne peut encore être tranchée : qu'on rejette l'emploi de la solution de perchlorure préparée à 30 degrés (Beaumé), comme on a proscrit tout d'abord celle à 45°, oui! mais rien ne prouve qu'en abaissant la pesanteur spécifique de la solution, on n'arrivera pas à de meilleurs résultats.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CENTAURÉE. *Un mot sur la composition de son principe actif.* Les propriétés fébrifuges incontestables dont jouit cette plante indigène ont porté M. Colignon, pharmacien à Apt, à entreprendre des expériences dans le but d'en déterminer le principe actif. Sans entrer dans les détails des nombreux essais tentés, il suffira de dire que cette plante ne contient pas d'alcaloïde, et que sa saveur amère est due à une substance qui présente les caractères suivants : elle est d'une amertume très-intense et styptique ; de couleur ambrée, transparente, de consistance sirupeuse; non volatile, décomposable par la chaleur; rougissant fortement le papier de tournesol; incristallisable; très-soluble dans l'alcool et dans l'éther; peu soluble dans l'eau, même bouillante ; elle forme avec les bases solubles, telles que la potasse, la soude et l'ammoniaque, des sels solubles dans l'eau, mais incristallisables.

Avec les bases insolubles, telles que la chaux et les oxydes de plomb, elle produit des composés insolubles. L'alcool qui la tient en solution devient très-difficile à distiller, même à feu nu. Une très-petite quantité dissoute dans ce véhicule suffit pour lui communiquer une amertume très-intense.

Telle est la substance à laquelle M. Colignon a donné le nom d'*acide calcitrapique.*

On l'obtient très-facilement en traitant dans l'appareil à déplacement par de l'alcool la plante entière, récoltée au moment de la floraison et réduite en poudre grossière, agitant le liquide obtenu avec du noir animal lavé en quantité suffisante pour absorber seulement la matière colorante verte, filtrant, distillant à feu nu à une très-douce température, jusqu'à ce qu'on ait retiré les huit dixièmes de l'alcool employé. Par le refroidissement, il se forme à la surface du liquide restant dans la cornue des gouttes d'un aspect huileux. On expose alors le résidu à l'étuve, et, à mesure qu'il s'évapore, il se forme de nouvelles gouttes que l'on enlève successivement; on le dissout dans l'éther qui, décanté et évaporé, produit la substance telle que je l'ai décrite. (*Répert. de pharmacie*, octobre.)

HEMORRHOIDES (*Traitement des par le caustique de Vienne; emploi de la capsule hémorrhoïdaire.* Partisan de l'emploi du cautère actuel dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdaires, nous croyons cependant qu'il est des cas dans lesquels on peut, sans inconvénient, recourir à l'emploi du caustique de Vienne, et nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître un ingénieux instrument que M. Jobert de Lamballe a fait exécuter par M. Charrière pour rendre cette opération plus facile et sans danger aucun pour les malades, et auquel il donne

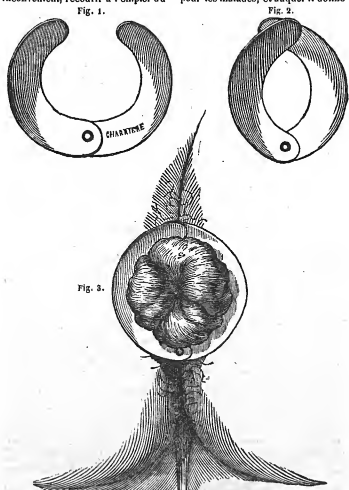


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

le nom de capsule hémorrhoïdaire. Qu'on se figure deux lames de métal, argent ou maillechort, concaves et articulées l'une avec l'autre (fig. 1), de telle sorte que leurs bords concaves puissent se rapprocher en interceptant une ellipse plus ou moins allongée (fig. 2), et l'on aura une idée exacte de ce petit instrument aussi simple qu'ingénieux et facile à manœuvrer. Quand l'instrument est fermé, comme les deux bords externes qui forment sa grande circonférence sont un peu relevés,

il représente assez exactement une de ces capsules dont on se sert dans les laboratoires de chimie, et la ressemblance est encore plus frappante si, au lieu d'examiner l'instrument isolé, on le considère quand il étreint une tumeur hémorrhoïdale (fig. 3).

Comme il est facile d'en avoir de toutes les dimensions et qu'on peut, à volonté, augmenter ou diminuer la courbure des deux lames constituant l'instrument, on conçoit qu'il est possible d'opérer sur des tumeurs de toutes grosseurs. A-t-on à opérer sur une ou plusieurs hémorrhoïdes, bien nettement isolées les unes des autres, une petite capsule moins ellipsoïde et presque circulaire les étreint successivement l'une après l'autre à leur base; on applique le caustique; les lames de la capsule protégent les parties voisines, et toutes les tumeurs peuvent être ainsi cautérisées isolément, soit dans la même séance, soit à plusieurs jours d'intervalle. A-t-on un bourrelet hémorrhoïdal ou des tumeurs qui, isolées dans le principe, sont agglutinées l'une à l'autre et forment une seule masse dont les lobes ne sont pas assez séparés pour pouvoir être attaqués isolément, on embrasse le tout dans une capsule plus grande et plus allongée, et on agit sur toute la surface du bourrelet. M. Jobert de Lamballe a pratiqué récemment cette opération sur un homme de cinquante-huit ans, qui portait un bourrelet hémorrhoïdaire d'un rouge vif, saillant, ayant au moins deux centimètres et demi d'élévation au delà de la marge de l'anus, et formé, comme on le voit dans la fig. 3, par trois tumeurs alors adhérentes l'une à l'autre, mais qui, dans le principe, avaient dû être nettement séparées. Le 15 septembre, le bourrelet entier étant serré à sa base entre les deux lames d'une capsule hémorrhoïdaire, une couche de pâte de Vienne fut appliquée dans toute la surface et maintenue en place quatre minutes et demie. Le caustique enlevé et le bourrelet bien lavé, le chirurgien saisit avec les mors d'une pince à pansement chacune des lames de la capsule, afin de les écarter l'une de l'autre. Lotions froides les jours suivants. Dès le 16, le bourrelet hémorrhoïdal était fléchi, et diminué de volume, et le 18 on put en enlever une portion avec des pinces. Nouvelle cautérisation le 19. Le 23, l'escarre était complétement détachée. Une saillie rosée qui existait au pourtour de l'anus fut touchée ce jour-là et le surlendemain avec le nitrate d'argent. Guérison complète le 26. (*Union méd.*, octobre 1853.)

METRORRHAGIE (*Effets remarquables de la teinture de cannelle dans certaines formes de*). Autant nous tenons à ne laisser passer aucun médicament nouveau, aucune application thérapeutique nouvelle, sans en faire mention dans ce journal, autant nous croyons être utiles à nos lecteurs en rappelant à leur souvenir des médicaments utiles et éprouvés, qu'ils ont sous la main et dont ils ne connaissent pas toute l'activité et toute la puissance. Quoi de plus vanté dans le siècle dernier, quoi de plus oublié aujourd'hui que l'action remarquable, l'efficacité certaine de la cannelle contre la métrorrhagie ? Depuis le célèbre Van Swieten, qui le premier en a recommandé l'emploi, jusqu'à Schnidtmann, c'est un concert de louanges, et Plenck va jusqu'à dire que la cannelle guérit la métrorrhagie, aussi sûrement que le mercure la syphilis et le quinquina la fièvre intermittente. Schmidtmann, presque un contemporain, la déclare l'ancre de salut des femmes, et n'hésite pas à affirmer que la cannelle possède une puissance spécifique en vertu de laquelle elle fait disparaître la torpeur et l'inertie de l'utérus et réveille ses contractions. Aussi la recommande-t-il contre les métrorrhagies asthéniques. C'est aussi dans les mêmes cas qu'un médecin anglais, M. Tanner, vient surtout en recommander l'emploi.

Il est, dit-il, des métrorrhagies dont on ne trouve l'explication ni dans l'état de l'utérus ni dans celui des ovaires, et qui se présentent avec les symptômes suivants : les règles se montrent régulièrement tous les vingt-huit jours et sont d'abord en quantité convenable; mais peu à peu, au lieu de cesser après trois ou quatre jours, elles se continuent pendant dix à quatorze jours et même pendant trois semaines. Les symptômes généraux qu'entraîne cette déperdition sanguine sont faciles à comprendre : les malades éprouvent une faiblesse générale, de la langueur, de l'abattement, avec des douleurs dans la tête, dans les jambes, etc. D'autres fois, l'écoulement sanguin se continue moins longtemps, mais il

est plus abondant, et il y a souvent des caillots; cette forme est accompagnée de leucorrhée. Ces deux formes de métrorrhagies se montrent du reste plus fréquentes chez les jeunes filles que chez les femmes mariées.

Ces métrorrhagies sont des plus difficiles à traiter, d'autant plus que l'absence de notions sur leurs causes empêche toute indication thérapeutique précise. Dans quelques-uns de ces cas, on pense d'abord en venir à bout avec du repos, des astringents appliqués surtout topiquement, et avec une alimentation convenable. Mais on ne tarde pas à se convaincre de l'inefficacité de ces moyens. L'acétate de plomb, l'acide gallique, l'ergot de seigle, l'oxyde d'argent, l'acide sulfurique, la teinture de sesquichlorure de fer échouent à leur tour. Eh bien! c'est dans ces cas que M. Tanner a pu reconnaître toute la merveilleuse efficacité de la cannelle.

La preuve, ajoute-t-il, que c'est bien à une action spéciale que ce médicament exerce sur l'utérus, et non pas aux propriétés astringentes qu'elle tire d'une certaine quantité de tannin, que la cannelle doit sa propriété thérapeutique contre la métrorrhagie, c'est que, employée dans un accouchement, non-seulement elle a augmenté l'intensité et la rapidité des contractions, mais la malade qui, dans tous ses accouchements précédents, avait eu des pertes après la sortie du placenta, ne perdit en cette occasion qu'une très-petite quantité de sang. En somme, les avantages que M. Tanner reconnaît à la cannelle comme antimétrorrhagique sont les suivants : elle réussit après que les autres astringents ont échoué; elle est très-efficace, employée seule et sans être associée à d'autres médicaments. Toutefois, si l'on renonce trop tôt à cet emploi, l'écoulement de sang peut reparaître; aussi convient-il, après une guérison apparente, de reprendre le médicament dès qu'aux époques suivantes, on voit les menstrues se prolonger plus de trois ou quatre jours et que les malades commencent à éprouver de l'accablement moral et physique. Il convient, du reste, d'en continuer l'emploi au moins une quinzaine après que l'hémorrhagie est arrêtée; et si l'hémorrhagie a résisté un certain temps, il faut faire prendre une dose du médicament à la malade, au moins une fois par mois. Quant au mode d'administration, M. Tanner, comme Van Swieten et Schmidtmann, fait usage de la teinture de cannelle à la dose de 4 grammes au plus dans de l'eau distillée de cannelle; elle doit être répétée toutes les six ou huit heures, mais pas plus souvent, parce qu'elle pourrait donner lieu à des nausées et à des vomissements. (*The Lancet*, octobre.)

MUSC VÉGETAL *comme succédané du musc animal*. Nous aimons à encourager toutes les tentatives qui ont pour but d'introduire dans la pratique des médicaments indigènes, et par conséquent des médicaments à bien meilleur marché que ceux qu'il faut aller chercher à des distances énormes et dont le prix est par suite inabordable à beaucoup de personnes. A ce titre nous devons une mention spéciale à la tentative de M. Hannon pour substituer le musc végétal au musc animal. Seulement, une première difficulté nous arrête au moment de parler de cette communication, c'est que l'auteur paraît n'avoir en vue, dans cette substitution, que de remplacer une odeur par une odeur analogue. Or, rien de plus trompeur que de juger des caractères d'une substance par les analogies de son odeur avec celle d'une autre substance. Grâce aux progrès de la chimie, on est parvenu à produire de toutes pièces une foule d'essences artificielles qui représentent l'odeur, mais non pas la composition des essences naturelles, témoin cette essence d'amandes amères artificielle ou myrbane que l'on substitue aujourd'hui partout dans les arts à l'essence d'amandes amères naturelle, et qui ne contient pas un atome d'acide cyanhydrique, mais qui est simplement un carbure d'hydrogène.

Ces réserves faites, nous dirons que M. Hannon a choisi pour succédanés du musc la muscatelline, *adoxa moscatellina*, cette jolie plante, cachée sous l'herbe, soit sur le bord des ruisseaux, soit le long des hales, où elle décèle sa présence par la douce odeur du musc; la mauve musquée, *malva moschata*, plus active qu'aucune des plantes antispasmodiques, qui habite la lisière des bois, les prés secs, les endroits arides, parfois les buissons et les endroits ombragés, et le *mimulus moschatus*, plante originaire de la Co-

lombie, mais cultivée dans nos jardins. C'est surtout du mimulus et de la mauve que l'on peut obtenir l'huile essentielle musquée ou musc végétal, par le procédé de distillation qui convient aux parties des végétaux d'un tissu délicat, telles que les fleurs et les feuilles.

Pris à la dose de deux ou trois gouttes, le musc végétal exerce sur le tube intestinal et sur l'encéphale une action excitante énergique. Chez l'homme bien portant, il provoque des vertiges, de la céphalalgie, de la sécheresse dans le pharynx et dans l'œsophage, des pesanteurs vers l'épigastre et des éructations. De ces symptômes, la céphalalgie seule persiste, et l'action sur le centre nerveux se manifeste par un abattement général assez considérable, de la fatigue des paupières, de la somnolence, des bâillements fréquents et prolongés, jusqu'à ce que le sommeil survienne, ce qui a lieu ordinairement après cinq ou six heures. Chez les personnes très-nerveuses et chez les chlorotiques, il se joint aux symptômes précédents de fréquents tremblements nerveux et même des vomissements. Le pouls conserve à peu de chose près son rhythme normal. Au réveil tout a cessé, et l'organisme retrouve son calme habituel.

A l'état morbide et dans les affections où le musc est indiqué, dit M. Hannon, l'analogie d'effets est encore plus marquée entre le musc végétal et le musc animal. Ainsi, dans ces attaques où les rires et les pleurs s'entrechoquent et où l'on voit ces syncopes avec abolition de tous les sens, sauf l'ouïe, le musc végétal agit merveilleusement; il en est de même dans les crises où les spasmes des muscles pharyngiens et respiratoires semblent devoir asphyxier à chaque instant les malades. Le musc végétal réussit encore chez les hystériques pour combattre le ballonnement de l'estomac et des intestins, qui persiste plus ou moins longtemps après la crise, et à la suite d'éructations abondantes. D'après M. Hannon le musc végétal réussirait aussi complétement à combattre les accidents nerveux qui entravent la marche des affections typhoïdes et de certaines pneumonies ataxiques. En résumé, l'essence du mimulus moschatus serait indiquée dans l'hystérie avec tout son cortége d'accidents et dans les accidents nerveux compliquant d'autres maladies, pourvu que ces accidents ne soient pas l'effet direct d'un état phlegmasique ou d'une altération du sang par une maladie de longue durée, en un mot dans les symptômes dépendant directement du système nerveux. Quant à la dose, elle est de deux à quatre gouttes par vingt-quatre heures. (*Presse méd. belge*, août.)

PLAIE LONGITUDINALE DE L'INTESTIN ; *suture suivant le procédé d'accollement des séreuses; guérison.* Bien que la science soit encore un peu incertaine relativement à la conduite à tenir dans le cas de plaie de l'intestin, bien que nombre de chirurgiens de nos jours préfèrent encore maintenir l'intestin à l'extérieur et établir un anus contre nature que de pratiquer la suture intestinale par un des nombreux procédés que compte la médecine opératoire, on ne saurait contester qu'il y a une bien grande différence entre le résultat définitif de l'opération dans les deux cas. L'établissement d'un anus contre nature, s'il fait courir d'abord moins de dangers au malade, oblige plus tard le chirurgien à revenir à de nouvelles opérations, dont le succès n'est pas à beaucoup près certain; l'application d'une suture, si elle est couronnée de succès, amène le rétablissement immédiat du malade; car, après la suture et la réduction de l'intestin, rien ne s'oppose à la réunion de la plaie extérieure, et les deux plaies marchent, dans les cas heureux, parallèlement vers la guérison. Mais est-il bien vrai que les sutures de l'intestin soient une chose aussi grave qu'on veut bien le dire? Cela peut être vrai des procédés opératoires qui ne sont pas fondés sur l'accollement des séreuses; mais en est-il de même de celui auquel M. Jobert (de Lamballe) a attaché son nom? Nous croyons que les faits sont, au contraire, très-favorables à cette manière de procéder dans les plaies de l'intestin, et nous sommes heureux, par conséquent, d'avoir à en faire connaître un nouvel exemple suivi de succès.

Dans la nuit du 25 septembre 1838, M. le docteur Coronel y Diaz, alors chirurgien du régiment 6e léger, fut appelé à donner des soins à un nommé Ramon Alvarez, soldat des carabiniers et âgé de vingt-trois ans, qui venait d'être blessé au ventre.

Il le trouva couché sur un matelas étendu sur le sol, le corps relevé et à demi fléchi, pâle, décoloré et dans un assez grand état d'accablement. La plaie, qui était située à la hauteur de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles et dans l'espace compris entre cette épine et l'ombilic, était dirigée de haut en bas et un peu obliquement de dehors en dedans : elle était linéaire, longue de deux pouces et demi, et donnait issue à une anse intestinale recouverte d'épiploon et de caillots sanguins; elle paraissait avoir été faite avec un instrument tranchant et piquant. En l'examinant plus attentivement, il reconnut que l'anse intestinale était divisée vers l'angle inférieur et antérieur de la plaie, dans toute l'épaisseur de ses tuniques, dans une direction longitudinale et un peu oblique à l'anse de l'intestin, et dans une longueur de six lignes. Le malade fut transporté à l'hôpital, afin qu'on pût lui donner des soins convenables; mais avant, et pour éviter que l'intestin ne rentrât dans l'abdomen pendant le trajet, l'auteur passa un fil et pratiqua une ligature sur une portion de l'épiploon qui accompagnait l'intestin. Mais quelle opération fallait-il pratiquer? Dans la crainte de préparer à un homme si jeune une infirmité peut-être incurable, mais toujours aussi dégoûtante qu'un anus contre nature, M. Coronel se décida pour la suture intestinale par le procédé de M. Jobert, et voici comment il y procéda : les parties ayant été préalablement détergées et une légère traction ayant été faite sur l'anse intestinale pour l'amener un peu plus en vue et dans une situation plus commode pour l'opération, il sépara avec le manche du scalpel l'épiploon qui cachait les bords de la suture intestinale; puis saisissant avec le pouce, l'index et le médius de la main droite une aiguille ordinaire armée d'un fil et plaçant l'index et le pouce de la main gauche sur la tunique séreuse de l'intestin, l'un d'un côté et l'autre de l'autre de la plaie, il fit rouler ses deux doigts comme pour les rapprocher, et dans ce mouvement, aidé de l'action de l'aiguille, il fit exécuter un repli en dedans aux bords de la plaie, de manière à assurer le contact des séreuses. Dans le second temps de l'opération, il traversa les liens de la plaie avec l'aiguille, d'abord vers l'angle supérieur, puis dans quatre autres points, mais sans couper le fil; il obtint de cette manière cinq anses suffisamment étendues et flottantes, au-dessus de l'union des bords de la plaie; puis chaque anse fut coupée de chaque côté, et on obtint ainsi cinq chefs de chaque côté de la plaie, qui furent liés et serrés assez pour s'opposer à la sortie des matières dans les intervalles des points de suture et pour assurer le contact immédiat des séreuses; enfin les fils furent coupés ras des nœuds, afin qu'ils pussent tomber dans l'intestin. Dans un troisième temps, l'intestin fut réduit par un taxis doux dans la cavité abdominale. Il restait à faire une seconde opération, la suture des parties abdominales : quatre points de suture entrecoupée suffirent, et trois bandelettes agglutinatives achevèrent d'assurer la solidité de la réunion. Le malade fut mis dans une position relevée, légèrement incliné sur le côté gauche.

La réaction fut assez vive; néanmoins la douleur de ventre resta bornée au pourtour de la plaie. Des émissions sanguines assez larges eurent pour but de prévenir l'inflammation du péritoine. Le quatrième jour qui suivit l'opération, le malade se plaignait de douleurs d'arrachement dans les entrailles; mais, comme il avait entendu du gargouillement dans le ventre et qu'il avait expulsé quelques gaz, on supposa que ces douleurs étaient peut-être dues au rétablissement du cours des matières intestinales, et pour le faciliter, on lui donna un peu d'huile d'amandes douces. Effectivement, le lendemain, il rendit par l'anus une petite quantité de matière puriforme; quelques heures après, il eut une seconde évacuation semblable à la première. Soulagement très-marqué à la suite, moins de fièvre et de douleur de ventre. Dès le sixième jour, le malade commençait à s'asseoir dans la chambre; très-peu de fièvre; les douleurs avaient presque entièrement disparu ou étaient réduites au pourtour de la plaie; ventre souple, sans chaleur; il y avait eu deux garderobes faciles et quatre heures de sommeil. Ce jour-là, on procéda à l'examen de la plaie extérieure qui se trouva réunie partout, excepté vers son angle antéro-inférieur. Une nouvelle bandelette agglutinative fut appliquée. Tout

marcha très-favorablement, au milieu de grandes précautions, jusqu'au dix-neuvième jour, où le malade se donna une indigestion. Une tisane laxative, la diète végétale et quelques lavements en lirent justice. Le vingt-cinquième jour, la plaie extérieure était complétement cicatrisée et l'alimentation fut augmentée; enfin, le trente-septième jour, il quittait l'hôpital parfaitement guéri. (*Gaceta med. de Madrid*, 1853.)

STRYCHNINE (*Action de l'acétate de*). Dans ces derniers temps, M. Marshall Hall, un physiologiste anglais qui a attaché son nom à plusieurs découvertes intéressantes, a été conduit par des vues théoriques à assimiler les accidents de l'épilepsie et du tétanos à ceux produits par la strychnine, et à instituer dans ces deux cas un traitement que nous nous bornerons à qualifier de bizarre, et qui consiste ni plus ni moins qu'à pratiquer la trachéotomie. Telle a été l'influence de ces idées de M. Marshall Hall en Angleterre, que pendant quelques mois les journaux anglais étaient pleins de communications relatives à ces idées, et même que l'opération de la trachéotomie a été pratiquée dans plusieurs cas, mais il faut le dire, avec des résultats fort divers. Si nous avons gardé le silence et sur les idées de M. Marshall Hall et sur les tentatives dont elles ont été suivies, c'est qu'à nos yeux théorie et application ne rentraient pas dans le cadre de ces choses pratiques et utiles, auxquelles nous sommes heureux de prêter notre patronage. Mais, du moment que M. Marshall Hall est venu demander à l'Académie des sciences un baptême d'éloges ou de critique, en présentant un résumé de ses opinions, nous ne croyons pas devoir être plus sévère que cette savante Société qui l'a inséré dans ses comptes-rendus, d'autant plus qu'en définitive plusieurs des conclusions de M. Marshall Hall touchent à la thérapeutique.

M. Marshall Hall divise les effets produits par l'acétate de strychnine sur les chiens en deux formes: la première ou la plus légère, dérivant d'une excitabilité anormale du système spinal diastaltique, et qui présente au début des spasmes tétanoïdes, de la raideur des membres, en second lieu, une respiration courte, vite, haletante, et enfin une excitabilité tellement augmentée de la peau, que la moindre excitation produit des effets outre mesure; la seconde, qui présente une excitabilité bien plus exaltée encore et des paroxysmes effroyables de laryngisme, d'efforts d'expiration, d'opisthotonos du cou et du dos, d'apoplexie et même la mort. Dans la première forme, si l'animal est caressé doucement, la respiration devient calme, état qui dure pendant quelques minutes; mais si on l'agace par des bruits subits, par des chocs, etc., les paroxysmes tétaniques en sont le résultat. Dans la deuxième forme, chaque petite émotion, chaque petite irritation produit le paroxysme déjà décrit de laryngisme de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie; mais ces paroxysmes semblent se renouveler par des causes inévitables, telles que les mouvements de la respiration, de la déglutition, etc.

Il suit de là que si l'on peut espérer obtenir la guérison dans le premier cas, en tenant l'animal à l'abri de toute excitation, il n'en est pas de même dans le second; et ce danger, d'après M. Marshall Hall, ne peut être évité que par un autre procédé qui prévient le laryngisme et ses effets: c'est la trachéotomie. Déjà nous avons grand' peine à admettre que la strychnine n'agisse qu'en déterminant l'occlusion de la glotte; car les animaux ne succombent pas toujours dans l'accès de suffocation et de spasme. Mais ce que nous ne pouvons concevoir, c'est l'assimilation de ces accidents d'empoisonnement avec ceux qui constituent le tétanos, l'épilepsie et l'hydrophobie même. Rien de mieux, sans doute, que de garantir le malade atteint de ces affections de tout choc mental ou physique; mais leur pratiquer la trachéotomie au moment où ils éprouvent le laryngisme, voilà qui les soulagera peut-être au moment de l'accès, mais qui ne les guérira pas de leur maladie, dans laquelle le spasme de la glotte ne joue qu'un rôle très-secondaire.

UTÉRUS (*Injections de charbon contre la putrescence de l'*). Appliquer aux organes profonds, mais accessibles aux agents extérieurs, les moyens topiques qui réussissent communément sur les surfaces superficielles du corps, est une idée si simple et si naturelle, qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas été plus tôt et plus

souvent mise en pratique. Cette idée vient surtout naturellement à l'esprit à propos des affections de l'utérus, dont le traitement a tant gagné depuis que, grâce au spéculum, cet organe a, en quelque sorte, cessé d'être un organe profond. Aussi avons-nous presque tous les jours à signaler sous ce rapport quelque application heureuse de la médication topique, quelque conquête nouvelle de la thérapeutique locale sur ces affections. Telle est l'application des propriétés antiseptiques du charbon au traitement de la putrescence de l'utérus, que vient de faire avec un succès des plus heureux un médecin allemand, M. le docteur Eisenmenger. Nous rapporterons textuellement l'observation qu'il a consignée dans le Deutsche Klinik, afin que les lecteurs soient mieux à même de juger de l'état de la malade et du résultat du moyen employé.

Une femme âgée de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, avait déjà eu neuf couches heureuses. Pendant la vingt-cinquième semaine de sa dixième grossesse, elle cessa tout à coup, à la suite d'une forte émotion, de sentir les mouvements du fœtus, et les signes de la mort de ce dernier ne tardèrent pas à se montrer. Cinq semaines plus tard, c'est-à-dire vers la trente-cinquième semaine de la grossesse, cette femme commença à ressentir des douleurs et à éprouver des pertes abondantes d'une très-mauvaise odeur. Dans la soirée du même jour elle mit au monde un fœtus de six mois environ, mort depuis longtemps. Le placenta étant resté, on s'occupa de l'extraire, ce qui ne put être fait que partiellement, à cause de l'étroitesse de l'orifice utérin, qui ne permettait pas même l'introduction de deux doigts. Il resta ainsi une portion de placenta adhérente au fond de l'utérus et qu'il fut impossible de détacher. Néanmoins tout alla bien encore pendant huit à neuf jours; mais le neuvième jour après l'accouchement survint une hémorrhagie qui augmenta le lendemain et prit un tel caractère d'intensité qu'il fallut recourir au tamponnement. Quatre autres jours après, il survint des frissons, suivis de chaleur, se répétant à des intervalles assez rapprochés; pouls petit, à 130; sécrétion laiteuse supprimée; lochies peu copieuses, infectes; soif, sécheresse de la langue, regard anxieux, teint pâle; jambe gauche insensible, comme paralysée.

Dès le deuxième accès de frisson, on pratiqua des injections de charbon dans la cavité de l'utérus (1 à 2 gros de charbon de tilleul, sur 4 à 6 onces d'eau). Ces injections furent répétées trois ou quatre fois par jour et continuées pendant plusieurs jours; à l'intérieur, on fit prendre du quinquina.

Après deux jours de ce traitement, il y eut une amélioration, et le troisième jour, tous les symptômes inquiétants avaient disparu. On continua encore le traitement pendant plusieurs jours, en ayant soin, quelque temps après chaque injection charbonneuse, de pratiquer une injection d'eau tiède pour entraîner les particules de charbon. La malade se rétablit promptement.

L'exemple de ce succès doit encourager les praticiens dans l'application d'un procédé aussi rationnel d'ailleurs et si facile à exécuter. (*Gaz. méd. de Paris*, août 1853.)

VALÉRIANATE D'ATROPINE. *Son emploi contre les affections convulsives.* Les affections convulsives contre lesquelles M. Michéa a administré le sel atropique sont: l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, l'asthme essentiel et la coqueluche; mais c'est surtout l'épilepsie qui est le point capital de ce mémoire. La majorité des observations (6 sur les 11) concerne cette maladie; 2 sont relatives à l'hystérie, 4 à la chorée, 1 à l'asthme essentiel et 1 à la coqueluche.

L'auteur résume son travail dans les réflexions générales suivantes: sur les six cas d'épilepsie, le valérianate d'atropine a produit quatre guérisons et deux améliorations. Tous les sujets qui ont guéri se trouvaient dans les conditions suivantes: ils étaient jeunes ou arrivés à peine à l'âge moyen de la vie; il y avait autant d'adultes que d'enfants. Le début de la maladie remontait à une époque récente, ou du moins assez peu éloignée; la maladie était produite par des causes morales, de la frayeur dans trois cas, une vive contrariété dans l'autre. Les attaques n'étaient ni précédées ni suivies d'aucun désordre dans les facultés intellectuelles et morales. Parmi les deux sujets qui m'ont offert une simple amélioration, l'un était âgé de cinquante ans et épilep-

tique depuis sept ans ; l'autre avait soixante-sept ans et était épileptique depuis vingt-cinq ans. Chez tous deux, les attaques étaient compliquées de désordre intellectuel (perte de mémoire, incohérence dans les idées, etc.).

Relativement aux cinq autres sujets, les deux femmes hystériques ont guéri ; il en est de même de la malade atteinte d'affection choréiforme et de l'enfant atteint de coqueluche. Chez le sujet en proie à l'asthme essentiel, le médicament s'est borné à produire de l'amélioration : au lieu de revenir deux ou trois fois par an, les accès d'asthme ne revenaient qu'une fois.

Le valérianate d'atropine a été administré de deux manières : en globules et en potion. Sous la forme de globules, la dose a varié entre un 1 2 milligramme et 2 milligrammes par jour. Chez les jeunes sujets il faut commencer par un 1/2 milligramme par jour, sans jamais dépasser 1 milligramme. Chez les adultes, on commence par 1 milligramme.

Au bout de huit à quinze jours de l'emploi du médicament on laisse reposer le malade pendant le même nombre de jours ; puis on revient à l'usage du valérianate d'atropine, en augmentant la dose de 1 milligramme ; en tout, 2 milligrammes par jour : dose qu'il est prudent de ne jamais franchir ; et l'on continue ainsi le traitement pendant deux, trois, quatre, cinq et six mois et plus.

C'est exclusivement dans le cas de coqueluche que le médicament a été administré en potions. Il a été ingéré à la dose de 1 milligramme dans 120 grammes d'infusion de tilleul édulcorée avec 10 grammes de sirop de Tolu, une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Les phénomènes physiologiques produits par le valérianate d'atropine ne diffèrent en rien de ceux que détermine l'atropine elle-même. Ils consistent dans la dilatation des pupilles, la diplopie, un léger vertige, la sécheresse du gosier, tous phénomènes qui disparaissent très-promptement dès qu'on interrompt l'usage du médicament.

En résumé : 1° le valérianate d'atropine est un médicament précieux dans plusieurs affections spasmodiques ou convulsives, notamment dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la coqueluche et l'asthme essentiel.

2° Dans l'épilepsie, il guérit tous les sujets jeunes, les adultes comme les enfants, dont le début de la maladie est encore récent, et dont les attaques ne sont ni précédées ni suivies de désordre intellectuel. Dans l'épilepsie ancienne et compliquée d'aliénation mentale, il ne guérit pas, mais il améliore toujours l'état des malades : il éloigne les attaques et il en amoindrit la violence.

3° Le sel est préférable à la valériane et à la belladone, d'une part, parce qu'il n'a pas les inconvénients de ces plantes dont les extraits alcooliques et les poudres sont très-infidèles et n'exercent quelque action qu'autant qu'ils sont préparés récemment, sans compter l'odeur fétide de la valériane qui la fait rejeter par un grand nombre de malades ; et, d'autre part, parce que, comme tous les principes *actifs* des végétaux, il agit à très-faibles doses et toujours de la même manière.

4° La dose de valérianate d'atropine est, au début, chez les adultes, de 1 milligramme par jour ; au bout d'une semaine, on l'élève à 2 milligrammes. Il n'est guère possible de dépasser cette dernière dose sans déterminer une dilatation des pupilles et un trouble de la vision qui gênent ou effrayent beaucoup les malades ; chez les enfants, on commence par un 1/2 milligramme, et il est prudent de ne jamais dépasser 1 milligramme.

5° Pour obtenir un effet thérapeutique appréciable, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois, deux, trois, quatre, cinq, en ayant le soin de le suspendre pendant huit jours, de temps à autre. (*Comptes-rendus de l'Académie de médecine*, septembre.)

VERRUES (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi du carbonate de magnésie contre les*). Nous avons appelé, les premiers, l'attention sur la singulière propriété que M. Lambert, de Haguenau, a reconnue au carbonate de magnésie de faire tomber les verrues. Depuis la publication de l'article de notre excellent correspondant, de nouveaux faits confirmatifs ont été publiés par MM. Eckstein et Peez, faits qui prouvent que cette propriété du carbonate de magnésie serait plus constante qu'on ne serait tenté de le penser. Nous trouvons dans un journal espagnol un nou-

veau fait qui, en s'ajoutant à ceux qui précèdent, ne permet plus de conserver de doutes sur cette étrange action de ce sel magnésien. Une jeune fille de dix-sept ans, colorée et parfaitement bien constituée, portait depuis longtemps sur le dos comme à la face palmaire des deux mains de nombreuses et volumineuses verrues, dont elle désirait beaucoup se débarrasser. Elle vint prier le docteur Rodriguez y Espinosa de lui enseigner quelque moyen qui pût atteindre ce but. Songeant au moyen préconisé par M. Lambert, M. Rodriguez lui remit une demi-once de carbonate de magnésie, pour en prendre soir et matin une petite cuillerée à café dans un peu d'eau. En dix-sept jours, cette jeune fille était complétement débarrassée de ses verrues; elle avait consommé plus d'une once de carbonate de magnésie. Il semble donc, ajoute l'auteur de cette observation, qu'il y ait quelque chose de spécifique dans cette action du carbonate de magnésie, comme il y a quelque chose de spécifique dans l'action du mercure contre les syphilis, du quinquina contre les fièvres intermittentes. (*Heraldo medico*, 1853.)

VARIÉTÉS.

Les nouvelles d'Angleterre ne sont pas très-rassurantes; si l'épidémie ne s'étend pas sensiblement, il n'en est pas de même à Londres. Du 1er au 22 octobre 242 nouveaux cas de choléra se sont manifestés dans les points où elle avait primitivement éclaté. A Hambourg, l'épidémie peut être considérée comme terminée. L'extension du fléau croît toujours à Stockholm, le nombre des diarrhées paraît même y avoir été considérable, près de 6,000. Mais ce qui tendrait à affaiblir la valeur de ce symptôme, en tant que signe précurseur du choléra; c'est que sur ce nombre il n'y en a eu que 440 qui ont abouti au choléra, et l'on s'explique difficilement un si petit nombre de terminaisons par le choléra, dans l'hypothèse où cette diarrhée serait, comme le disent nos voisins, un symptôme prémonitoire.

M. le préfet de police, dont on a pu, en ces derniers temps, apprécier toute la sollicitude pour la santé publique, vient d'adresser aux commissaires de police et aux maires de la banlieue une circulaire qui interdit la vente des fruits verts.

Le Conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu qu'une loi rendit la vaccine obligatoire.

Le Conseil général du département du Rhône, considérant que la ville de Lyon, par l'importance de ses vastes hôpitaux consacrés aux maladies générales et aux spécialités, renferme une des conditions les plus essentielles pour l'étude de la science médicale; qu'une Faculté de médecine serait le véritable complément des Facultés des sciences et des lettres, et que la prospérité de l'École préparatoire actuelle ne permet aucun doute sur l'avenir brillant qui est réservé à une Faculté, a émis le vœu qu'une Faculté de médecine soit promptement établie dans la ville de Lyon.

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte. M. Cornac, neveu du célèbre médecin Portal, ancien médecin en chef des Invalides, a succombé à une affection cérébrale. L'Académie de médecine se trouve, par cette mort, très-rapprochée du chiffre que les dernières ordonnances constitutives lui ont imposé comme limite de nombre.

Notre savant confrère, M. Diday, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, vient d'obtenir le prix au concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux sur la question de la *Syphilis des nouveau-nés*.

MM. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de Lille; Evrard, médecin du Lycée de Saint-Omer, et Musard, médecin du bureau de bienfaisance de cette ville, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES FÉBRILES. — DE L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Par M. F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Plusieurs mois se sont écoulés depuis la publication de la première partie de ce mémoire, celle qui a trait à l'emploi de la vératrine dans le traitement de la pneumonie, et, comme on le comprend, je n'ai pas manqué de les mettre à profit pour l'étude de ce nouvel et précieux agent thérapeutique. Des observations plus nombreuses n'ont fait que confirmer les premières espérances que j'avais conçues, et, plus affirmatif que je ne l'étais à cette époque, je n'hésite pas à recommander à toute l'attention des médecins l'emploi de la vératrine comme une des plus précieuses ressources dont la thérapeutique puisse disposer dans la pneumonie, quelles que soient sa forme, sa période et sa gravité.

Je me propose aujourd'hui de faire connaître les résultats que j'ai obtenus de l'emploi de ce moyen dans le rhumatisme articulaire aigu. Mon intention était de publier en second lieu les résultats de mes expérimentations dans la fièvre typhoïde; mais la question de l'emploi de la vératrine dans le rhumatisme articulaire peut être considérée comme véritablement à l'ordre du jour. Entraînés par la contagion de l'exemple et par les publications périodiques, un grand nombre de médecins ont déjà déserté des méthodes thérapeutiques d'une efficacité éprouvée pour adopter ce nouveau traitement, et, si j'en crois les confidences que j'ai reçues de plusieurs côtés, le succès n'aurait pas toujours couronné ces tentatives. Il importe donc que les médecins soient fixés sur la valeur de ce nouveau traitement du rhumatisme, et, dans ce but, je remets à une autre fois à parler des ressources que peut offrir l'emploi de la vératrine dans la fièvre typhoïde.

On sait que c'est à notre savant et modeste collègue, M. Piédagnel, qu'est due l'application de la vératrine au traitement du rhumatisme articulaire aigu. C'est à tort qu'on a voulu en faire honneur à M. Bardsley. Ce médecin a consigné, à la vérité, dans son ouvrage quelques expérimentations avec la vératrine dans le rhumatisme, mais dans le rhumatisme chronique seulement, et les insuccès presque constants qui ont suivi l'emploi de ce moyen n'ont pas tardé à l'y faire renoncer complétement. Plus heureux que le médecin de Liverpool, notre compa-

triote, M. Piédagnel, a été conduit à employer avec succès la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu par les résultats favorables qu'il avait obtenus du colchique, dans la composition duquel la vératrine entre, comme on sait, pour une assez grande proportion.

Nous ne connaissons malheureusement encore le traitement suivi par M. Piédagnel que par deux thèses, celles de M. Caillot de Montureux et de M. Fabre, par quelques articles de journaux qui ont reproduit des leçons cliniques de M. le professeur Trousseau, et par un mémoire tout récent de M. Marotte. Nous savons seulement que M. Piédagnel donne la vératrine par pilules de 5 milligrammes et en porte graduellement la dose jusqu'à 4 ou 6 par jour, s'arrêtant dès qu'il survient quelque accident, pour en reprendre l'emploi dès que ces accidents sont calmés. Mais, quant aux indications précises de ce traitement, quant à savoir si son efficacité est constante ou incertaine, quelle est la proportion de ses succès, comparativement avec les autres méthodes de traitement, etc.; sur tous ces points et sur bien d'autres encore, toutes ces publications sont muettes; de sorte qu'on serait tenté de croire que ce traitement convient et réussit égalment bien dans tous les cas, ce qui est loin d'être exact, ainsi qu'on va le voir.

J'ai dit plus haut que c'était un fait de rhumatisme articulaire aigu traité par la vératrine, et par une dose très-forte, qui avait été le point de départ de mes recherches sur l'emploi de la vératrine dans les maladies fébriles. Mais, par une coïncidence assez bizarre, ainsi qu'on pourra le lire dans l'observation que je rapporterai bientôt, après une amélioration des plus remarquables, les douleurs articulaires reparurent, et cette fois, la vératrine échoua complétement. Quoi qu'il en soit, les faits sur lesquels repose ce travail sont au nombre de 9, dont huit ayant trait au rhumatisme articulaire aigu et un au rhumatisme articulaire subaigu, de forme goutteuse. Ces faits sont ceux que j'avais recueillis lors de la publication de la première partie de ce mémoire. J'en ai recueilli beaucoup d'autres depuis, mais je n'ai pas cru devoir les faire intervenir, parce qu'ils ne changent rien auxconclusions générales auxquelles j'avais été conduit primitivement. J'utiliserai seulement l'enseignement qui est ressorti pour moi d'un de ces faits au point de vue des indications de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu; enseignement d'autant plus précieux qu'il relie en un seul faisceau et permet de préciser d'une manière très-nette les indications de la vératrine aussi bien dans cette affection que dans les maladies fébriles en général.

Je dirai tout d'abord que si je me suis soumis le plus ordinairement aux règles posées par M. Piédagnel relativement à l'administration des

pilules de vératrine, il m'est arrivé fort souvent, instruit par ce que j'avais observé dans la pneumonie et dans un très-grand nombre d'autres maladies fébriles, il m'est arrivé, dis-je, de continuer la vératrine au delà de l'époque où se montraient les phénomènes d'intolérance; et alors, tantôt la tolérance s'est produite, tantôt l'intolérance a continué dans des limites modérées, tantôt enfin l'intolérance est devenue telle qu'il a fallu renoncer pour le moment ou définitivement à la vératrine. Cette tolérance, qui paraît s'établir, du reste, beaucoup plus rapidement dans le rhumatisme articulaire aigu que dans beaucoup d'autres affections et qui peut être portée au point qu'un de mes malades prenait dix pilules de 5 milligrammes par jour, sans autre phénomène qu'une augmentation très-marquée de l'appétit, cette tolérance n'indique pas plus que la maladie doit céder au traitement qu'elle n'indique une résistance plus grande à celui-ci. Certains malades ont guéri très-rapidement, après avoir éprouvé des phénomènes physiologiques très-prononcés, tandis que celui qui prenait dix pilules par jour et qui était atteint d'un rhumatisme subaigu de forme goutteuse n'a jamais éprouvé la moindre amélioration.

Les phénomènes physiologiques primitifs, lorsqu'ils se sont produits, étaient les mêmes que ceux que nous avons signalés à propos du traitement de la pneumonie par la vératrine : nausées, vomissement, maux de cœur, hoquet, sensation de brûlure épigastrique ou stomacale. Mais, au point de vue des phénomènes physiologiques et secondaires, la différence était bien marquée entre les deux affections. Sans doute, la chaleur de la peau et le pouls ont été influencés dans tous les cas ; mais, en somme, sauf dans un cas, le pouls est rarement tombé d'un grand nombre de pulsations dans les vingt-quatre heures (de 16 à 20 pulsations ordinairement) ; à la longue cependant, l'abaissement du pouls devenait de plus en plus prononcé.

Cette résistance de l'état fébrile à la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu s'explique par plusieurs raisons, et la première, c'est que, dans le rhumatisme, l'état fébrile est rarement aussi marqué, et surtout le nombre de pulsations beaucoup moins fréquent que dans la pneumonie. Mais une autre raison qui rend mieux compte de la résistance de l'état fébrile, c'est la mobilité des phénomènes arthritiques, la facilité de leur reproduction, de leur propagation successive aux diverses articulations. La maladie ne s'épuise pas, comme dans la pneumonie, dans la production d'une lésion unique, qui marche ordinairement sur place vers la résolution ou vers une transformation plus grave; dans le rhumatisme, ce sont plusieurs maladies locales qui s'ajoutent les unes aux autres, parcourant isolément leurs périodes, et toutes réunies

cependant par le fait de leur marche identique, de leur terminaison semblable. Eh bien ! toutes les manifestations locales viennent imprimer à leur tour une nouvelle recrudescence à l'état fébrile. Aussi, chose curieuse ! quelle que fût la dose de vératrine, toutes les fois que de nouvelles articulations étaient envahies, le nombre des pulsations augmentait, et, avec la fréquence du pouls, reparaissait la chaleur de la peau momentanément éteinte.

Mais ce qui ressort bien évidemment de ce qui précède, c'est que la vératrine ne paraît pas avoir une aussi grande prise qu'on a bien voulu le dire sur les phénomènes arthritiques, et, en particulier, sur la douleur qui les accompagne. Les manifestations locales de la maladie paraissent susceptibles de résister dans beaucoup de cas à l'action modificatrice si puissante de la vératrine; et, indépendamment de ce que l'on trouve des cas dans lesquels une intolérance complète s'oppose à ce que l'on continue le traitement, et, par conséquent, à ce que l'on obtienne quelques résultats, ou bien à ce que l'on confirme les premiers résultats obtenus, il est des cas dans lesquels la tolérance, absolue ou non, ayant permis l'administration du médicament pendant un temps assez long, la maladie ne s'est nullement modifiée. A ce sujet, je citerai les deux faits suivants :

Obs. I. *Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Saignée. Vératrine à haute dose. Amélioration rapide et remarquable. Rechute. Insuccès complet de la vératrine. Traitement par le sulfate de quinine, le colchique et les bains tièdes. Guérison lente.* — Salle Saint-Benjamin, n° 7. Parent (Etienne), vingt-huit ans, palefrenier, entré le 18 avril, sorti le 30 mai. Cet homme, d'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament lymphatique, a déjà eu deux rhumatismes articulaires aigus : le premier, il y a dix ans, qui a été traité par des saignées et des vésicatoires, et qui lui a duré quatorze jours; le second, il y a cinq ans, traité par le sulfate de quinine, et qui a nécessité trois semaines de traitement. Parent était bien portant le 14 avril, lorsque, dans la soirée, sans cause connue, il a éprouvé quelques douleurs dans les genoux. Le 15, dans la matinée, il se sentait faible, avait un peu de fièvre et souffrait davantage de ses genoux. Force lui a été d'interrompre son travail. Le 16, les douleurs s'étaient étendues aux cous-de-pieds. Le 17, elles étaient générales, et c'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital. Pas de traitement actif. L'interne du service l'ayant trouvé très-souffrant, lui pratiqua, le jour même de son entrée, une saignée de 16 onces, qui se couvrit d'une couenne épaisse, rétractée, et lui fit une application de chloroforme sur les deux épaules et le coude gauche, qui étaient surtout fort douloureux. Un peu de soulagement à la suite, mais pas de sommeil.

Le lendemain, 19 avril, à la visite du matin, nous le trouvâmes dans l'état suivant : décubitus sur le dos, dans cet état d'accablement et d'immobilité qui est propre au rhumatisme articulaire. Face un peu pâle; traits un peu altérés par la douleur. Peau légèrement chaude, avec tendance à la

moiteur. Pouls assez vif, d'une force médiocre, à 112 (il battait, hier soir, 130 à 134 fois par minute). Soif vive; bouche amère; pas d'appétit; pas de garderobes depuis quatre jours. Les signes du rhumatisme articulaire aigu étaient, d'ailleurs, des mieux caractérisés; tuméfaction considérable des deux poignets, surtout du droit, avec coloration violacée, et dilatation du réseau veineux; les doigts étaient également fortement tuméfiés. Léger gonflement, avec fluctuation dans le genou gauche. Un peu de douleur dans le talon gauche. Enfin, douleur assez vive dans l'épaule gauche.

C'était évidemment un cas favorable pour essayer l'influence médicatrice de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu généralisé, et notre intention était de commencer, comme le font habituellement MM. Piédagnel et Trousseau, par de faibles doses; mais, soit par le fait d'une erreur de notre part, soit par erreur de la personne chargée du cahier, on lui marqua six pilules de vératrine de 5 milligrammes, une toutes les quatre heures. Aussi ne fûmes-nous pas surpris d'apprendre le lendemain qu'il y avait eu douze ou quinze vomissements bilieux et deux garderobes. Du reste, le malade se trouvait soulagé de ses douleurs. Le poignet gauche était encore tuméfié et un peu douloureux, le poignet droit bien diminué de volume, les doigts encore un peu tuméfiés, mais mobiles. Pas de douleur ailleurs. Pouls à 64, régulier. Pas de chaleur à la peau. Langue blanche, chargée, humide. Sensibilité à la pression de la région épigastrique; nausées provoquées par cette pression. Ventre souple, indolent. (4 pilules de vératrine, une toutes les six heures; limonade tartrique; deux bouillons.)

21 avril. Pouls à 52, vibrant, assez développé. Cinq vomissements bilieux; hoquet fatigant dans la journée et dans la nuit, qui n'a pas cédé à la glace donnée dans la soirée. Deux garderobes liquides. Pas de douleur nulle part. Battements du cœur extrêmement faibles et sourds. (1 pilule de vératrine seulement; glace; julep avec 30 gouttes de chloroforme.)

22 avril. Le hoquet n'a cessé que dans la nuit dernière, à la suite du julep de chloroforme. Un vomissement, deux garderobes liquides dans la journée d'hier. Pas de douleurs nulle part. Pas de chaleur à la peau. 49 pulsations par minute. Langue collante, peu humide. Bouche sèche, soif; pas de douleur dans le ventre, mais sensibilité à l'épigastre. (Même prescription.)

Le 23 avril, le malade se trouvait très-bien. Pouls à 52; pas de chaleur à la peau; pas de douleurs, pas de vomissements. Langue humide. Appétit, ventre indolent. Il avait eu la veille cinq ou six garderobes en dévoiement, et la soif était assez vive. Nous suspendîmes la vératrine. (Limonade tartrique. Une portion.)

24 avril. Les choses avaient bien changé depuis la veille. Nous apprîmes que le malade avait commis, les jours précédents, l'imprudence de se lever pour aller à la garderobe. Par suite, les douleurs avaient reparu dans le poignet droit, qui, au dire du malade, n'avait jamais été complétement débarrassé, dans quelques-unes des articulations de la main correspondante, dans l'épaule et dans la hanche droite. Peau chaude et moite. Pouls vif, dur, à 76. (Nous reprîmes la vératrine : 2 pilules de vératrine; limonade tartrique; deux bouillons.)

25 avril. Pas de nausées ni de vomissements; 5 garderobes sans coliques. Soulagement. Moins de douleurs dans les articulations de la main droite. Pas de douleur dans l'épaule droite. Poignet gauche fortement tu-

méfié, sensible à la pression. Pouls à 76. Soif vive. Langue blanche; un peu collante. Ventre indolent. (5 pilules de vératrine.)

26 avril. 4 garderobes liquides. Pouls vibrant, à 76. Peau chaude et sèche. Pas de nouvelles articulations prises. Gonflement des doigts de la main droite, de la main gauche et du poignet droit. (4 pilules de vératrine.)

27 avril. Journée d'hier assez bonne; cependant le malade a continué à souffrir, même d'une manière plus vive dans les épaules, qui se sont prises de nouveau, et dans les mains. Envies de vomir dans la soirée d'hier et un vomissement dans la nuit; trois garderobes liquides. Pas de sommeil. Le malade n'a pas dormi depuis le début de la maladie. Face un peu altérée, jaunâtre; abattement; bouche sèche, amère; langue collante, couverte d'un enduit blanchâtre, épais. Pouls remarquablement vibrant, 60 ou 64 pulsations. Peau chaude, avec tendance à la moiteur. Encore de la tuméfaction et un peu de douleur des doigts de la main droite; le petit doigt s'est pris depuis hier. Main gauche plus douloureuse et plus gonflée qu'hier. Les deux épaules, surtout la droite, sont plus douloureuses. Rougeur diffuse à la face dorsale des deux pieds, avec douleur et gonflement des deux cous-de-pieds. (1 pilule de vératrine; limonade tartrique; glace; Seltz. 2 bouillons, 2 potages.)

28 avril. Dans la soirée d'hier, les membres inférieurs sont devenus douloureux; cependant la douleur est toujours plus vive à la face dorsale des deux pieds. Encore des douleurs au niveau de quelques-unes des articulations de la main gauche. Peau chaude et sèche. Soif très-vive. Peu d'appétit. Pouls vibrant, à 72. (2 pilules de vératrine; glace; Seltz.)

29 avril. Pas de sommeil la nuit. Peau chaude et sèche; pouls vibrant, à 76; langue sèche, râpeuse; soif vive, pas d'appétit; deux garderobes liquides. Douleurs dans les muscles de la partie postérieure de la tête. Toujours de la douleur dans les épaules. Gonflement très-marqué, avec douleur et rougeur dans quelques articulations de la main droite; mêmes phénomènes, mais beaucoup plus prononcés à la main gauche. Rougeur diffuse à la face dorsale des deux pieds, avec œdème; douleur assez vive à la pression, surtout au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. On commence à démêler un bruit de souffle au milieu des battements du cœur, remarquablement sourds. (3 pilules de vératrine.)

30 avril. Pouls à 68, remarquablement vif et vibrant. Soif vive; pas d'appétit, pas de sommeil. Pouls remarquablement vibrant et vif, à 68. Un seul vomissement. Trois garderobes liquides. Un peu de douleur dans le poignet droit, sans gonflement. Rougeur, avec gonflement au niveau d'une des articulations du médius droit. Encore de la tuméfaction de la main gauche. Epaules douloureuses. Gonflement douloureux de l'articulation du cou-de-pied gauche. (4 pilules de vératrine.)

1er mai. Nausées et vomissements à partir de trois heures de l'après-midi jusqu'à trois heures du matin. Quatre garderobes liquides, sans coliques. Ventre tendu, indolent. Langue blanche, assez humide. Soif très-vive. Peu d'appétit. Pouls moins vibrant, à 56 ou 60. Pas de douleurs, excepté au talon droit. (4 pilules de vératrine.)

2 mai. Pouls moins développé, moins vibrant, à 60. 2 vomissements. 4 garderobes, sans coliques. Soif toujours vive. Pas d'appétit. Pouls moins développé, moins vibrant, à 60. Etat plus satisfaisant. Pas de douleurs dans les membres. Raideur dans le talon droit. (3 pilules de vératrine.)

La vératrine fut continuée à dose décroissante, jusqu'au 7 mai ; 2 pilules le 3 et le 4; 1 pilule le 5 et le 6. Les douleurs étaient presque nulles ; cependant, il y avait toujours une espèce d'engourdissement douloureux dans les cuisses et dans les jambes, et le pouls, qui était descendu le 3 mai à 56 pulsations, se releva, à mesure que l'on diminuait la dose de vératrine, à 64, 68 et 72. Néanmoins, comme l'état général de ce malade paraissait avoir souffert de cet emploi continu de la vératrine, je me décidai à la supprimer le 7 mai et à accorder quelques aliments au malade. Mal m'en prit : dès le lendemain, le pouls s'était relevé à 84. La raideur douloureuse devient plus marquée de jour en jour, dans les membres inférieurs d'abord, puis dans les supérieurs.

Un bain de vapeur ne calma pas les accidents. Le 10 mai, le pouls était remonté à 90; le malade, sans être très-souffrant, était très-pâle et affaissé. Bruit de souffle progressif, très-marqué en dehors et à gauche de la pointe du cœur. En conséquence, je ne crus pas prudent de reprendre l'emploi de la vératrine, et j'administrai pendant sept jours le sulfate de quinine, qui parut d'abord calmer la raideur douloureuse des membres ; mais aussitôt que je l'eus interrompu, les douleurs reparurent de nouveau. J'administrai alors la teinture de semences de colchique à dose croissante, jusqu'à 40 gouttes. Les douleurs furent calmées très-rapidement ; mais le malade prenait de plus en plus l'aspect cachectique. Une fièvre assez vive, avec chaleur et sécheresse à la peau, jointe à l'absence de sommeil, me donnaient déjà de vives inquiétudes sur le résultat définitif de la maladie, lorsque je songeai à employer des bains tièdes. Dès les premiers bains, le pouls tomba de 112 à 80 ou 84, à 76 et à 72, et, en trois ou quatre jours, la convalescence s'établissait. Le malade a quitté l'hôpital le 30 mai, en bon état; mais ayant toujours l'aspect cachectique et conservant un bruit de souffle très-marqué et progressif à la pointe du cœur.

Obs. II. *Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Emploi infructueux de la vératrine pendant treize jours. Traitement antiphlogistique. Sulfate de quinine. Guérison rapide.* — Salle Notre-Dame, n° 22. Fusillier (Lucie-Emmérance), vingt-neuf ans, polisseuse en bijoux, entrée le 25 avril, sortie le 3 juin. Jeune femme d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique, malade depuis huit jours. Les accidents s'étaient montrés à la suite d'une imprudence ; la malade avait plongé ses mains dans l'eau froide, pendant qu'elle était en sueur. La maladie avait débuté par un gonflement douloureux du médius de la main droite, gonflement qui n'avait pas tardé à envahir la main. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il y avait eu des douleurs dans le genou gauche, puis dans le genou droit, et, depuis deux jours, elle gardait constamment le lit. Fièvre, perte d'appétit et de sommeil depuis le début des accidents. Pas de traitement.

État actuel, le 26 avril : aspect de souffrance ; face couverte de moiteur ; peau généralement moite, un peu chaude ; pouls médiocrement développé, assez vif, à 108. Langue blanche, chargée; un peu collante. Soif vive, ventre souple, indolent. Pas de garderobes depuis trois ou quatre jours. Pas de battements de cœur. Matité précordiale très-peu étendue. Bruit de souffle très-doux à la base du cœur, se prolongeant dans les gros vaisseaux et principalement dans l'artère pulmonaire ; traces de bruit continu et intermittent sur les parties latérales du cou. Gonflement douloureux, avec rougeur érythémateuse des trois derniers doigts de la main droite. Gonflement

considérable du genou gauche, avec fluctuation très-marquée. Genou droit douloureux, mais moins tuméfié. Prescription : 2 pilules de vératrine de 5 milligrammes chaque, une le matin et l'autre le soir. Limonade tartrique, deux bouillons, deux potages.

27 avril. Pas de nausées. Un seul vomissement après la deuxième pilule. Pas de soulagement, pas de sommeil. Pouls petit, vibrant, à 112. Douleur au creux de l'estomac et dans le dos quand elle respire. Gonflement douloureux, avec rougeur de la deuxième articulation de l'index gauche. Gonflement avec coloration rosée et tension œdémateuse de la face dorsale de la main droite. Gonflement toujours considérable des genoux, et surtout du gauche, avec fluctuation. Tuméfaction douloureuse du cou-de-pied droit. (3 pilules de vératrine, une toutes les huit heures. Même prescription.)

28 avril. La seconde pilule a déterminé des nausées et quelques vomissements peu abondants. Après la troisième, maux de cœur seulement. Pas de garderobes. Pas de soulagement ; au contraire, elle a été très-souffrante, et, dans la nuit, l'épaule et le coude droit ont été envahis, ainsi que le poignet gauche. Aucune articulation n'est dégagée. Celle de l'index gauche est gonflée, rouge, douloureuse. Gonflement marqué des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du pouce gauches, avec douleur à la pression. Tuméfaction douloureuse, avec coloration rosée et distension veineuse du poignet et de la main gauches. Tension œdémateuse avec coloration rosée et dilatation veineuse de la face dorsale de la main droite ; léger gonflement des doigts correspondants. Sensibilité très-vive à la pression à l'épaule droite, sensibilité beaucoup moindre au coude correspondant. Encore de la fluctuation dans le genou gauche. Cous-de-pieds gonflés, douloureux, mais seulement à la pression. Pouls à 96, médiocrement développé, un peu vif. On nous assure que la malade avait pris, depuis deux jours, 125 grammes de vin de Bagnols, qui était destiné à sa voisine. On le supprime et on élève la vératrine à quatre pilules.

29 avril. Un seul vomissement après chaque pilule. Une seule garderobe. Douleurs très-vives cette nuit dans l'épaule et le coude gauches. Pas de sommeil. Face exprimant la souffrance. Pouls médiocrement développé, à 104. La malade souffre beaucoup des deux épaules, de la main gauche et de la partie postérieure du cou. Un peu de douleur dans le cou-de-pied gauche. Langue blanche, sale, humide, sans rougeur. (5 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures.)

30 avril. Deux vomissements assez abondants et bilieux, à la suite de la première et de la deuxième pilule. Deux garderobes liquides, sans coliques ; abondante épistaxis dans la soirée d'hier. La malade a beaucoup souffert dans la journée d'hier et dans la nuit principalement. Les douleurs ont reparu dans le genou gauche, et la main droite recommence à se tuméfier. Main, coude et épaule gauches fortement douloureux ; les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes se dessinent chacune par une plaque érythémateuse. Encore un peu de douleur à la face dorsale du cou-de-pied gauche. Pouls, 88 à 92, un peu vibrant, quoique faible et dépressible. Langue humide, chargée d'un enduit blanc jaunâtre. Pas d'appétit, soif vive. Un bruit de souffle commence à se faire entendre à la pointe du cœur. (6 pilules de vératrine, une toutes les quatre heures.)

1er mai. Nuit encore mauvaise ; pas de sommeil. Pas de nausées ni de vomissements. Deux garderobes liquides comme de l'eau. Pouls à 104, tou-

jours vibrant. Peau chaude et sèche. Encore de la douleur dans les deux épaules. Gonflement considérable de la main droite, peu douloureux, mais avec œdème de coloration rosée. Douleur dans les jarrets et à la face dorsale du pied droit. (Même prescription.)

2 mai. Journée et nuit mauvaises. Pas de sommeil. Trois vomissements bilieux. Deux garderobes liquides avec des coliques. Peau moins chaude. Pouls moins développé, moins vibrant, de 68 à 72 pulsations, avec quelques retards. Langue chargée d'un enduit blanc jaunâtre épais. Soif vive. Pas d'appétit. La malade se sent d'une grande faiblesse. Bruit de souffle très-marqué à la région précordiale. Membres supérieurs un peu dégagés. Il reste cependant du gonflement œdémateux de la main droite et de la douleur à la pression et dans les mouvements à l'épaule gauche. Gonflement considérable du genou gauche avec fluctuation. Genou droit un peu tuméfié. Douleur dans les jarrets. Un peu de douleur dans la hanche droite. (Même prescription.)

3 mai. Pas de vomissements, quelques nausées seulement. Deux garderobes abondantes liquides. Beaucoup de douleurs dans la nuit ; pas de sommeil. Ce matin, elle est plus calme ; le pouls n'est plus vibrant : 72 pulsations avec quelques retards et quelques irrégularités. Langue blanche, très-humide, soif très-vive. Pas d'appétit; pas de douleurs dans le ventre. Mouvements du cou douloureux. Sensibilité très-vive à la pression de l'épaule et du coude gauches. Encore de la tuméfaction et de la douleur au poignet et dans quelques-uns des doigts de la main gauche. Un peu de douleur dans les jarrets, avec épanchement dans le genou droit. Légère tuméfaction, avec coloration rosée à la face dorsale des deux pieds. Encore de la douleur à la hanche droite. (7 pilules de vératrine.)

4 mai. Un seul vomissement. Une garderobe. Très-peu de sommeil. Pouls à 60 ou 64, non vibrant, avec quelques intermittences de temps en temps. Douleur très-vive, principalement dans l'épaule droite. Persistance de la tuméfaction des deux poignets et de quelques-unes des articulations des doigts. Abondante épistaxis dans la nuit. (Même prescription.)

5 mai. Souffrances très-vives dans la journée et dans la nuit. Les douleurs ont reparu dans les épaules. Nausées. Un seul vomissement bilieux. Garderobe peu abondante. Le pouls présente de grandes variations, entre 76 et 88, se précipitant et se ralentissant par intervalles. Soif vive. Langue blanche, humide. Peu d'appétit. Ventre indolent. Peau chaude, couverte de moiteur. La malade est très-souffrante et pleure abondamment. Pas de sommeil la nuit. La main, le genou et le pied droits sont douloureux, mais es épaules sont surtout très-sensibles à la moindre pression. (On diminue le nombre des pilules de vératrine : 6 pilules seulement ; une pilule d'exrait aqueux théhaïque de 5 cent.)

6 mai. La pilule d'opium a apporté un peu de calme pendant la nuit. Néanmoins la malade est encore souffrante. Douleur dans l'épaule gauche, dans la rangée métacarpo-phalangienne de la main gauche et dans le genou droit. Pouls, 92 à 96, médiocrement développé, régulier. Langue blanche, humide ; soif vive. Un peu d'appétit. Le bruit de souffle se dessine de plus en plus à la région du cœur. (5 pilules de vératrine, 1 pilule d'extrait aqueux thébaïque.)

7 mai. Beaucoup de douleurs dans la journée d'hier. Nuit assez bonne. Pouls à 88 ou 92. Ce matin, les douleurs sont moindres. Il ne reste qu'un

peu de gonflement dans la main droite et un peu de douleur dans les genoux, sans gonflement marqué. Pas de vomissements. (4 pilules de vératrine, 1 pilule d'opium.)

9 mai. Les choses ont bien changé de face depuis hier. Les douleurs ont reparu dans les épaules, dans le coude gauche, dans le jarret droit et dans quelques-unes des articulations de la main droite. Peau chaude et sèche. Pouls à 104, assez développé, vibrant. Face altérée. Sensation d'anéantissement et de brisement dans les membres. Le bruit de souffle est plus marqué que jamais à la région du cœur. (On cesse la vératrine. Saignée du bras de 3 palettes. 6 ventouses scarifiées sur la région du cœur. Application de chloroforme sur le genou droit.)

10 mai. A partir de la saignée et des ventouses, calme complet. La douleur du jarret avait cédé, du reste, à l'application de chloroforme. Il reste encore quelques douleurs, mais assez faibles, dans les articulations prises précédemment. Le pouls est encore à 104, petit et faible. Le bruit de souffle toujours très-marqué au cœur. (6 ventouses scarifiées sur la région précordiale. Sulfate de quinine, 1 gramme.)

Le 11 mai, les douleurs avaient disparu. Pouls, 92 à 96. Bon sommeil pendant la nuit. La dose de sulfate de quinine fut portée à 2 grammes en 6 prises et continuée à la même dose jusqu'au 13. Le 14, on la réduisit à 1,50, le 15 à 1 gr., le 16 à 0,50, et le 17 on le supprima entièrement. Le pouls était tombé successivement à 84, 76 et 72, les douleurs n'avaient pas reparu.

Les choses en étaient là le 19 mai, lorsque la malade, à qui j'avais recommandé de rester dans son lit, commit l'imprudence de se lever. Le 20, elle avait un peu de douleur dans le jarret droit; le 21, de la douleur à la partie postérieure du cou, et le 22, elle était reprise de gonflement dans le poignet droit. Je repris en conséquence le sulfate de quinine, dont je portai rapidement la dose à 2,50. Les douleurs ne se généralisèrent pas, et, à partir du 25 mai, elle en était complétement débarrassée. La fièvre, qui s'était un peu ranimée avec l'apparition des douleurs, disparut en même temps, et la malade ne resta à l'hôpital que pour consolider sa guérison.

Elle est sortie le 3 juin, n'ayant plus de douleur, mais conservant une altération dans le premier bruit du cœur, qui reste filé et un peu vibratile.

Comment ne pas être frappé en lisant ces deux observations, et surtout la dernière, de la différence des résultats qu'ont eus les divers traitements employés? Ce n'est pas cependant faute de persistance si la vératrine n'a pas réussi, et il nous a fallu même un certain courage pour résister aux instances des malades, qui nous pressaient de les soulager d'une manière ou d'une autre. Dans le premier cas, la vératrine a été continuée d'abord quatre jours, puis interrompue un jour, et reprise pendant douze jours; dans le second, elle a été continuée sans interruption pendant treize jours, et, dans ce dernier cas, en très-peu de jours la guérison a été obtenue par les émissions sanguines et le sulfate de quinine. Autre remarque, et celle-ci n'est pas sans importance et sans intérêt, surtout rapprochée de ce que je dirai bientôt, c'est que nous avons vu se développer sous nos yeux les signes de l'endocardite. J'ajouterai que, tout en n'ayant pas été traités par les

émissions sanguines, ces deux malades se trouvaient, à la fin de leur traitement, dans un état de maigreur et de chloro-anémie des plus marqués.

Pour être juste, je dois dire que, dans quatre cas, il est vrai d'une moyenne intensité, puisque le pouls ne dépassait pas 80 ou 84 pulsations, l'amélioration a été très-rapide, les douleurs ont cessé en très-peu de temps, et la guérison a été facile et complète.

En résumé, sur 8 cas, déduction faite d'un cas de rhumatisme sub-aigu, de forme goutteuse, dans lequel l'insuccès a été complet, je compte 2 cas de rhumatismes articulaires très-aigus, dans lesquels la vératrine a échoué complétement, et dans lesquels l'endocardite s'est développée sous nos yeux ; 4 cas de rhumatismes aigus, dans lesquels la guérison a été très-rapide, et 2 cas de rhumatismes aigus, dans lesquels il a été impossible de continuer la vératrine à cause de l'intolérance absolue. Dans un de ces cas, il y avait une maladie du cœur très-avancée, consécutive à un rhumatisme ; les douleurs avaient été d'abord calmées par la vératrine, qui avait été interrompue, lorsqu'une rechute nous engagea à y revenir. Cette fois, l'accablement et l'affaissement du malade furent tels, après l'administration de 4 pilules de vératrine, et le pouls devint tellement irrégulier, que nous ne crûmes pas prudent de persister dans son emploi. Chez le second malade, il y avait probablement une maladie de l'estomac. Trois pilules suffirent à déterminer des vomissements incessants et un accablement profond, avec refroidissement des extrémités.

Quant à la durée du rhumatisme, dans les cas qui ont guéri, elle a été, dans un cas, de 8 jours à partir du début, et de 5 jours à partir du commencement du traitement ; dans un second, de 12 ou 13 jours à partir du début, et de 6 jours à partir du traitement ; dans un troisième, de 23 ou 24 jours à partir du début et de 8 jours à partir du traitement ; et dans le quatrième, de 31 jours à partir du début et de 10 jours à partir du traitement ; ou, en moyenne, de 18 jours à partir du début et de 7 jours à partir du commencement du traitement. Et, dans les cas très-aigus qui ont résisté à la vératrine, la durée a été de 44 et de 34 jours à partir du début, de 40 et de 29 jours à partir du commencement du traitement.

On le voit, les résultats sont bien loin d'être aussi favorables qu'on a voulu le dire. Et quand on songe que le médicament qui sert de base à ce traitement est susceptible de déterminer des envies de vomir, des nausées, des vomissements, des hoquets, une sensation de brûlure à la région épigastrique, d'occasionner une prostration, un accablement profond et des plus désagréables, même en commençant, comme le fait

M. Piédagnel, par des doses très-faibles ; quand on réfléchit que l'action de ce médicament est des plus incertaines et des plus inconstantes; que son emploi ne met pas à l'abri du développement des complications cardiaques; quand on sait que son administration prolongée entraîne une altération dans la nutrition, qui se traduit par une décoloration des tissus, un amaigrissement, une flaccidité des chairs, semblables à ceux qu'occasionne une maladie de longue durée, on se demande si ce n'est pas acheter un peu trop cher une guérison que les émissions sanguines, seules ou combinées avec le sulfate de quinine, nous permettent de regarder comme à peu près certaine dans un temps très-court?

Concluons que la vératrine ne peut ni réclamer la première place dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ni être employée comme méthode générale de traitement dans cette affection. Mais ici se place une remarque, déduite d'un fait que j'ai recueilli dans ces derniers temps dans le service de M. Bricheteau à l'hôpital Necker :

Une jeune fille entra dans le service de ce médecin avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé, compliqué d'endo-péricardite des mieux caractérisées. Ce fait me parut très-favorable pour essayer la vératrine, que M. Bricheteau lui administra, en effet, à la dose de 4 pilules. En vingt-quatre heures l'amélioration fut des plus marquées ; le souffle et le bruit de frottement disparurent rapidement, et en cinq ou six jours la guérison était à peu près complète. Un fait semblable, relatif à une péricardite rhumatismale, m'a été communiqué par le savant bibliothécaire de la Faculté, M. Bell.

Voici donc une indication précise qui rattache la vératrine au mode d'action thérapeutique que nous lui avons reconnu pour la pneumonie, c'est-à-dire au mode d'action antiphlogistique. La vératrine, qui ne s'oppose pas au développement des complications cardiaques, les guérit quand elles sont développées, de même que le mercure, qui ne prévient pas la syphilis, la guérit cependant après son développement. Dans ces derniers cas, la vératrine ne doit pas être employée en tâtonnant et à petite dose, mais à des doses de 3, 4 et 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures, en pilules de 5 milligrammes ou en potion. Il ne s'agit pas ici d'épargner au malade les effets physiologiques, mais de faire avorter un travail inflammatoire ; et, plus on y arrivera rapidement, plus on créera de chances favorables au malade.

Sauf cette circonstance, la vératrine me paraît, ainsi que je l'ai dit, devoir être rangée sur le second plan, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, avec le colchique, dont elle se rapproche à beaucoups d'égards, avec le nitrate de potasse, l'opium, l'aconit, le mercure, etc. Enfin, je dirai à ceux qui désireraient se convaincre

par eux-mêmes des résultats de ce traitement, que ce traitement ne doit pas être continué plus de trois ou quatre jours, lorsqu'il ne donne aucun résultat favorable. C'est du moins le résultat de mes observations, et j'ai lieu de croire que M. Piédagnel professe la même opinion.

F. A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LA BASE DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES INTERNES, COMPLIQUÉES DE PROCIDENCE DE LA MUQUEUSE DU RECTUM.

Par M. le docteur Alphonse Amussat.

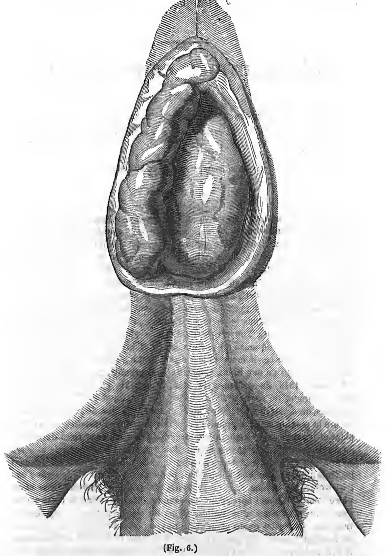
(Suite) (1).

Obs. IV. *Hémorrhoïdes très-volumineuses avec procidence de la muqueuse du rectum. — Cautérisation circulaire de leur base avec le caustique calcio-potassique. — Guérison.* — Le prince X..., de Valachie, âgé de cinquante-deux ans, opéré d'hémorrhoïdes internes, par mon père, en 1836, à l'aide de la ligature, vint nous consulter de nouveau au mois de mai 1848 pour la même affection. Depuis sa première opération, de nouvelles hémorrhoïdes s'étaient développées et le gênaient beaucoup. Le malade s'étant placé sur une chaise percée, et ayant fait quelques efforts d'expulsion, nous constatons la présence de deux grosses tumeurs hémorrhoïdales occupant toute l'ouverture de l'orifice anal, avec une procidence marquée de la muqueuse du rectum, surtout lorsque le malade fait des efforts. L'une de ces hémorrhoïdes est à droite, l'autre est à gauche de l'anus; il existe de nombreux vaisseaux hémorrhoïdaux.

Le 6 mai 1848, en présence de MM. Koutsoskis et Piccolo, mon père saisit la tumeur de droite avec sa pince porte-caustique en T à lames protectrices, de manière à atteindre non-seulement la base de la tumeur, mais encore la portion de la muqueuse prolapsée ; lorsque l'instrument est bien placé et les tissus suffisamment comprimés, il met les cuvettes à découvert en imprimant un mouvement de rotation aux lames protectrices, et serre de nouveau l'écrou, de manière à comprimer fortement la tumeur. Pendant les trois minutes que dure l'opération, je dirige sur l'anus un courant d'eau très-froide. Le prince X... ne se plaint point de la cautérisation et se place immédiatement après dans un grand bain. Les suites de cette opération sont pour ainsi dire nulles. Bains de siége fréquents, cataplasmes frais sur la région anale et nourriture composée presque exclusivement de bouillon pendant les premiers jours. L'escarre se détache et la cicatrice se fait assez promptement pour que le 23 il soit assez difficile de la voir, par suite de la rétraction qu'ont subie les tissus du côté droit de l'anus.

(1) Voir les livraisons des 15 mai et 15 juin, t. XLIV, p. 389 et 494.

L'état pathologique de la région anale m'ayant paru assez remarquable, je demandai à notre malade la permission de faire dessiner d'après nature la tumeur qui restait.



(Fig. 6.)

Cette planche représente l'anus au moment de la seconde opération. L'hémorrhoïde de droite qui a été cautérisée avait le volume de celle qui resté. Il existait une symétrie assez complète entre la production patholo-

gique de droite et celle de gauche. On peut par conséquent se faire une idée assez exacte de l'état primitif de l'affection, et juger d'une manière précise le résultat de la première opération.

Le 26, vingt jours après la première opération, en présence de MM. Koutsoskis, Pelisson et Bion, mon père pratique la cautérisation circulaire du pédicule de la tumeur hémorrhoïdale gauche, en employant le procédé que j'ai décrit pour la première opération. M. S... n'éprouve qu'une douleur supportable, et le lendemain il se trouve si bien, qu'en lui rendant visite, je le rencontre dans son salon, assis sur un canapé.

Le 29, le prince X... ayant été à la garderobe, nous examinons l'anus et nous n'y découvrons plus ni tumeurs hémorrhoïdates, ni procidence de la muqueuse rectale. Peu de temps après, il quitto Paris pour se rendre en Valachie, complétement guéri.

Au mois d'août dernier, nous avons reçu les nouvelles les plus satisfaisantes de notre malade; sa santé générale s'est beaucoup améliorée, et il fait actuellement à pied jusqu'à trois lieues par jour. Cet exercice, qui lui était presque complétement interdit lorsqu'il avait ses tumeurs hémorrhoïdales, contribue beaucoup à l'entretien de sa santé, et nous fait espérer qu'il ne verra pas de nouvelles tumeurs se développer, quoique cette affection soit très-commune dans le pays qu'il habite.

Obs. V. *Hémorrhoïdes internes volumineuses avec procidence de la muqueuse, rectale. Cautérisation circulaire de la plus volumineuse avec ma pince porte-caustique en T à cuvettes mobiles sur leur axe; guérison.* — Mme S..., âgée de quarante-huit ans, vint me consulter à la fin du mois de janvier 1851, pour une affection de l'anus qu'elle supposait être une fistule, parce que son linge était constamment taché par du pus. En examinant avec soin la région malade, je constatai la présence de deux tumeurs hémorrhoïdales internes, ulcérées, volumineuses, avec procidence de la muqueuse rectale voisine et quelques petites tumeurs variqueuses au bord de l'anus; il n'existait pas de fistule. La matière purulente qui en avait imposé à la malade sur le genre de son affection provenait des surfaces de contact des hémorrhoïdes qui étaient ulcérées superficiellement. En questionnant Mme S... sur les antécédents de sa maladie, j'appris que, quoique d'une constitution délicate, elle avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'époque où ses hémorrhoïdes avaient pris un peu de développement. Mère de quatre enfants, elle avait eu des hémorrhoïdes passagères après chacun de ses accouchements, mais alors, l'affection disparaissait promptement pour ne plus reparaître qu'à l'accouchement suivant.

Chaque fois que ses hémorrhoïdes parurent dans ces circonstances, elles fluèrent beaucoup. En 1848, les hémorrhoïdes, dont elle n'avait pas souffert depuis plusieurs années, se montrèrent à la suite de vives inquiétudes, et malgré tous les moyens conseillés en pareil cas, elles ne disparurent pas; peu à peu même elles augmentèrent de volume. En 1849, elles commencèrent à sortir après chaque garderobe et furent toujours accompagnées d'écoulement sanguin.

En 1850 l'affection fit de nouveaux progrès, les tumeurs devinrent alors plus douloureuses et beaucoup plus difficiles à faire rentrer. Dans les six derniers mois de cette année, la malade ne parvenait plus à les réduire, avec

beaucoup de peine et de douleur, que deux ou trois heures après chaque garderobe. Les digestions furent plus pénibles, elle éprouva de fréquentes coliques, ses forces diminuèrent au point de ne lui permettre que difficilement de s'occuper de son intérieur, et elle ne put bientôt plus digérer qu'un peu de café au lait et du potage très-léger. Elle se décida alors à venir me consulter et à subir l'opération que je lui proposai.

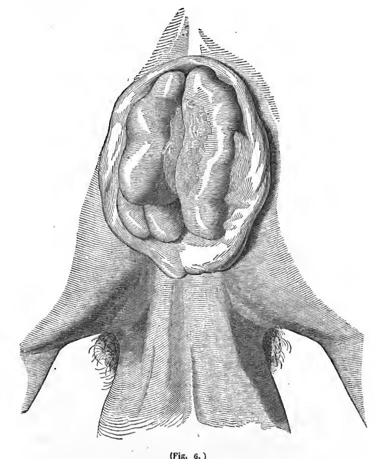
Le 3 février 1851, en présence de M. le docteur Cruveilhier, chirurgien-major au 62e régiment d'infanterie, je pratiquai la cautérisation circulaire de la plus volumineuse des deux tumeurs (implantée à droite de l'anus) avec une pince en T faite sur le modèle de celles de mon père, mais à cuvettes mobiles sur leur axe, permettant de mettre le caustique à couvert et de ne le faire agir qu'au moment où on le jugerait convenable. L'opération fut faite comme je l'ai décrite précédemment; la partie cautérisée fut bien abstergée avec de l'eau fraîche et recouverte d'huile d'olive. La malade se plaça dans un grand bain où elle resta cinq quarts d'heure, et lorsqu'elle en sortit on lui appliqua d'une manière continue des cataplasmes tièdes sur la région anale. La cuisson assez vive qu'elle avait ressentie après l'opération disparut peu à peu. Les suites furent des plus simples, et le régime semblable à celui que j'ai indiqué dans les obervations précédentes. L'hémorrhoïde cautérisée avait complétement disparu le 10; le 12, elle eut une garderobe à l'aide d'un lavement et rendit un peu de sang. A dater de ce moment, elle reprit peu à peu ses occupations et put suivre un régime plus convenable qu'avant l'opération.

Le 22 février, je revis Mme S..., avec le confrère qui m'avait fait l'honneur de m'assister dans cette opération, et l'examen de l'anus, après que la malade eut rendu un lavement qu'elle venait de prendre, nous permit de constater que la tumeur cautérisée n'existait plus, et que la muqueuse qui la suivait avant l'opération, ne faisait plus de procidence au dehors; l'autre tumeur elle-même sortait beaucoup moins.

Depuis cette époque, Mme S... n'a plus perdu de sang, ni de matière purulente; les digestions sont meilleures; elle n'a plus de coliques, elle a repris ses occupations et le genre de vie qu'elle menait avant sa maladie; en un mot, sa santé générale s'est beaucoup améliorée. Elle éprouve néanmoins encore quelquefois des douleurs à l'anus, mais qui ne sont rien en comparaison de ce qu'elle ressentait auparavant. Je l'ai revue le 6 avril dernier: l'hémorrhoïde de gauche sort moins qu'avant l'opération et n'est plus ulcérée; les petites tumeurs variqueuses du pourtour de l'anus m'ont paru avoir un peu augmenté de volume; à droite, il semble qu'il n'y ait jamais eu ni tumeur, ni procidence de la muqueuse rectale.

Pour donner une idée exacte et plus complète encore de l'affection sur laquelle j'ai voulu fixer l'attention de mes confrères, j'ajouterai un dernier dessin fait sur nature de tumeurs hémorrhoïdales avec procidence de la muqueuse rectale, que nous devons opérer prochainement par le procédé que j'ai décrit. Ainsi qu'on le voit dans la planche ci-contre, fig. 6, le malade qui porte ces tumeurs les soutient avec un bandage à ressort garni d'une pelote en gomme élastique. La pression continue de la pelote sur l'anus a produit une dilatation du

sphincter, qui permet aux tumeurs de sortir aussitôt qu'elles ne sont plus soutenues.



(Fig. 6.)

J'aurais pu facilement citer un plus grand nombre de faits, mais ceux que j'ai rapportés suffiront, je pense, pour convaincre nos confrères de la simplicité du manuel opératoire, et de l'innocuité de notre procédé. J'ajouterai de plus que MM. Hippolyte Larrey, Martin (Saint-Ange), à Paris; MM. Maher, J. Roux, Laurencin, professeurs dans les écoles de la marine impériale, ont bien voulu nous communiquer les observations de malades opérés avec succès d'après notre méthode. Enfin, MM. Barthélemy et Jobert (1), qui donnaient autrefois une préférence

(1) M. le docteur Jobert de Lamballe a fait connaître récemment un nou-

exclusive au fer rouge, l'ont abandonné actuellement, pour employer le caustique calcio-potassique.

Les détails que j'ai donnés en décrivant notre procédé me paraissant suffisants pour permettre d'en bien comprendre les différents temps et de les mettre facilement en pratique, je m'abstiendrai d'y revenir de nouveau.

Quant aux suites de l'opération et aux conséquences qui peuvent en résulter pour le malade, je crois utile de m'y arrêter, car la règle de conduite que nous suivons est le résultat d'une expérience basée sur les faits nombreux que nous avons observés depuis plus de dix ans.

Les deux ou trois minutes que nous jugeons nécessaires à la cautérisation étant écoulées, on enlève la pince avec soin, pour que le caustique qu'elle contient ne touche pas les parties voisines, et l'on continue l'injection d'eau froide, qui n'a pas subi d'interruption pendant ce temps de l'opération. Le jet de liquide doit être dirigé principalement sur les dépressions linéaires formées par l'instrument, et où se trouve le caustique, afin d'enlever les parcelles, qui ne sont pas combinées chimiquement avec les tissus. C'est à ce moment surtout que le malade sent la cautérisation, qui n'est plus masquée par la pression des pinces, et le liquide froid qui coule sur les tissus a outre l'effet signalé plus haut, celui d'agir comme anesthésique local. Quand on a lavé suffisamment les parties pour penser qu'il n'y reste plus de caustique, inutile d'une part, et pouvant de plus agir sur les parties qui doivent être ménagées, on enduit soigneusement les tumeurs avec de l'huile d'o-

veau procédé de cautérisation en masse des tumeurs hémorrhoïdales, à l'aide du caustique calcio-potassique. Ce chirurgien saisit les tumeurs avec un double arc en argent, qui forme une espèce de capsule, et il les couvre de caustique de Vienne, qu'il laisse appliqué pendant quelques minutes. Le seul malade sur lequel ce procédé ait été appliqué portait des hémorrhoïdes d'un volume ordinaire, et il a fallu deux applications successives de pâte caustique pour les détruire. Ce mode opératoire ne peut être mis en parallèle avec la cautérisation circulaire de la base des hémorrhoïdes, telle que je l'ai décrite. Par notre procédé, en effet, on n'applique le caustique que sur une surface très-peu étendue, et la pression des pinces, jointe à l'irrigation continue d'eau froide, atténue tellement la douleur de l'opération, que nous n'avons recours aux agents anesthésiques qu'exceptionnellement. De plus, la douleur consécutive à l'opération est beaucoup moindre que dans le procédé de M. Jobert, les surfaces cautérisées ayant peu d'étendue. Le procédé de notre confrère pourrait seulement être comparé à la cautérisation telle que nous la pratiquions autrefois avec un bâton de caustique Filhos. Ce dernier procédé a l'avantage de ne pas nécessiter un *instrument spécial*, et, de plus, le caustique solidifié agissant plus promptement que la pâte, la durée de l'opération est moins longue, et nous n'avons jamais été obligés de faire deux applications de caustique.

live et ou les fait rentrer dans le rectum. Le corps gras sert à faciliter la réduction et protége un peu les tissus en se combinant chimiquement avec les alcalis, s'il en reste encore.

On fait aussi dans le rectum quelques petites injections d'eau froide, qui calment les douleurs, et ensuite le malade se place dans un bain de siége frais, ou mieux encore dans un grand bain à une température agréable, variable suivant les saisons. Il y reste ordinairement environ une heure, plus ou moins, suivant les sensations qu'il éprouve.

Le plus souvent, au sortir du bain, la douleur, qui a diminué graduellement, est fort légère ; quelquefois cependant, chez certaines personnes très-nerveuses, ou lorsque les tissus n'ont pas été bien complétement débarrassés du caustique, elle est encore assez vive. Alors nous les engageons à se replacer sur leur lit, dans une position à peu près semblable à celle qu'ils avaient pendant l'opération, et on fait sur la région anale une irrigation continue d'eau tiède en hiver, fraîche en été. J'ai connu des malades qui trouvaient plus commode de remplacer les irrigations par des applications continues de charpie trempée dans de l'eau froide, quelquefois même glacée, et renouvelées très-fréquemment. Ce dernier moyen, efficace sans aucun doute, doit être employé avec un soin tout particulier, afin d'éviter la réaction qui se manifeste lorsqu'on en discontinue, ou qu'on en cesse l'emploi. D'autres malades restent toute la journée dans le bain de siége, en ayant soin de faire réchauffer l'eau de temps en temps. J'ai soigné avec mon père et M. le docteur Pouget, un hémorrhoïdaire qui, après la cautérisation de deux tumeurs, resta presque constamment dans son bain de siége pendant les huit jours qui suivirent l'opération ; il s'y trouvait, disait-il, très-bien, et il n'en résulta pas le moindre inconvénient.

Le plus ordinairement, deux et trois bains de siége dans la journée, de petites irrigations continues, des cataplasmes sur la région anale dans les moments intermédiaires, constituent tout le traitement local.

On doit agir ainsi presque jusqu'à la cicatrisation de la plaie, surtout si l'on observe le moindre phénomène d'inflammation.

Nous conseillons pour toute nourriture du bouillon de bœuf bien consommé, et nous engageons le malade à garder le lit, pour deux raisons : d'abord parce qu'il supporte mieux la diète, et de plus parce que la constipation s'obtient plus facilement. Ceux qui ne veulent pas se soumettre à ce régime sont obligés de prendre promptement une nourriture plus substantielle ; il en résulte des selles, qui sont d'autant plus douloureuses que l'on se rapproche davantage de la chute de l'escarre.

Souvent il survient une dysurie qui dure quelques heures, et se

dissipe d'elle-même, car je n'ai pas souvenir d'avoir eu recours au cathétérisme chez un seul de nos opérés. On voit ordinairement paraître un engorgement tantôt partiel, tantôt général du tissu cellulaire du pourtour de l'anus. Les malades s'en plaignent un peu, et croient généralement que ce sont leurs hémorrhoïdes qui sont sorties. Nous n'employons que les moyens locaux que j'ai indiqués, et si les malades sont très-irritables, nous faisons arroser les cataplasmes avec un peu d'huile et de laudanum. La première nuit, nous donnons quelquefois une potion calmante avec le sirop diacode. L'état des malades est généralement si satisfaisant les jours suivants, qu'ils ne reprochent au traitement que la diète et le repos qu'on leur conseille.

Au bout de trois, quatre, six, huit, douze jours, on voit sur les cataplasmes des portions d'escarres, qui indiquent que les tumeurs mortifiées sont éliminées ; on en est également averti par l'odeur caractéristique qu'elles répandent. Nous continuons l'alimentation à l'aide du bouillon, tant que le malade ne s'en plaint pas trop ; et, en agissant ainsi, le travail d'élimination et de réparation se fait très-bien, puisque rien ne vient le troubler. Nous cherchons ainsi à éloigner le plus possible la première garderobe, sans cependant trop fatiguer le malade. Lorsqu'il ressent quelques envies d'aller à la selle, ce qui arrive le plus ordinairement au bout de six ou huit jours, nous faisons injecter dans le rectum deux ou trois onces de saindoux fondu au bain-marie, ou un lavement avec de l'eau de guimauve. L'introduction de la canule doit avoir lieu avec le plus grand soin, afin de ne pas irriter ou léser la plaie. Ce soin doit être confié à un aide, ou à une garde intelligente.

(La fin à un prochain numéro).

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

MM. Beauclair et Viguier viennent de publier la formule suivante pour administrer l'huile de foie de morue :

Pr.	Huile de foie de morue.	20 grammes.
	Sucre porphyrisé.	25 grammes.
	Carbonate de potasse.	1 gramme.
	Essence de menthe.	6 gouttes.
	Essence d'amandes amères. . . .	2 gouttes.

Triturez le carbonate de potasse avec l'huile ; ajoutez le sucre ; versez les huiles volatiles et mêlez.

Sous l'influence du carbonate de potasse, l'acide que l'huile contient se sature, et l'huile s'épaissit, en éprouvant probablement un commencement de saponification. Nous avons indiqué, depuis longtemps, qu'il ne fallait que quelques instants pour saponifier cette huile, et que le savon pouvait être administré presque immédiatement.

L'huile de foie de morue, préparée comme le recommandent MM. Beauclair et Viguier, peut certainement être prise par les personnes qui ont pour cette huile la plus grande répugnance : sa saveur est âcre, mais elle n'est pas désagréable. Nous devons cependant ajouter que nous hésitons à en conseiller l'emploi, à cause de l'huile volatile d'amandes amères que ces savants emploient pour l'aromatiser. Il y a peut-être de l'exagération de notre part; mais comme on prescrit souvent l'huile de foie de morue à très-haute dose, nous pensons qu'il est prudent de se tenir sur ses gardes lorsqu'on emploie un aromate comme l'huile volatile d'amandes amères. Au surplus, on pourrait la supprimer, sans diminuer beaucoup les avantages du mélange. On pourrait même, à la rigueur, supprimer aussi ou proportionner le poids du carbonate de potasse au poids de l'huile que l'on doit prendre dans un jour.

EMPLOI DE L'ARBOUSIER DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

M. Venot propose d'employer l'extrait de l'arbousier dans le traitement de la blennorrhagie sub-aiguë et de la blennorrhagie irritative, et recommande les préparations suivantes :

Injection.

Pr. Extrait aqueux d'arbousier. . . . . . . 30 grammes.
Eau distillée. . . . . 500 grammes.

Sirop.

Pr. Extrait aqueux d'arbousier. . . . . 25 grammes.
Eau distillée froide. . . . . 125 grammes.
Dissolvez, filtrez, mêlez avec
Sirop simple réduit d'un quart et bouillant. 500 grammes.

Potion.

Pr. Sirop d'arbousier. . . . . 30 grammes.
Sirop de Tolu. . . . . 30 grammes.
Eau distillée de pin. . . . . 100 grammes.
A prendre par cuillerée.

Pilules.

Pr. Extrait d'arbousier. . . . . 5 grammes.
Extrait de ratanhia. . . . . 5 grammes.

Nous ne dirons rien du dosage de ces formules, mais nous n'approuvons pas le *modus faciendi* du sirop, car il eût été plus simple de faire dissoudre l'extrait dans de l'eau, de manière que la cuillerée de sirop représentât un gramme d'extrait, et de faire fondre le sucre dans la solution filtrée. DESCHAMPS.

ALTÉRATION DES PLANTES MÉDICINALES PAR LE GAZ HYDROGÈNE.

Nous avons constaté que des plantes mucilagineuses, telles que guimauve, mauve, molène, sorties d'un magasin d'herboristerie, avaient une réaction acide tellement prononcée que leur infusion aqueuse rougissait le papier de tournesol.

D'où venait cette altération? Nous l'attribuons au gaz que chaque soir on brûle dans la pièce qui renferme ces plantes.

Cette supposition peut être fondée, puisque les marchands de nouveautés évitent de laisser leurs soieries au contact de cet agent, qui les décolore.

On sait que les herboristes, faute de vastes locaux pour dessécher et conserver les plantes, les suspendent au plafond de leurs magasins, et qu'elles y restent quelquefois pendant plusieurs années exposées aux émanations du gaz qui s'échappe des conduits, et de l'air chaud humide qu'il répand pendant sa combustion, deux causes plus que suffisantes pour dénaturer la composition chimique des plantes, et en changer les propriétés médicales. Stan. MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAU FAIT TÉMOIGNANT DE LA NÉCESSITÉ DE S'ENQUÉRIR DES CAUSES DE LA MORT.

Les remarquables observations contenues dans le travail de M. Forget: du *Traitement de l'agonie,* m'ont remis en mémoire un fait qui pourrait bien autoriser à ajouter un pied de plus au trépied vital de Bichat, déjà compliqué d'une branche par Broussais. Il prouve, selon moi, que la femme peut mourir par l'utérus.

C'était en 1830. J'exerçais la médecine depuis un an. Pessimiste, je ne l'étais pas encore; malheureux, je ne croyais pas l'avoir été, et, comme tous les jeunes gens, je doutais de fort peu de chose, lorsque, le 24 décembre, on vint me prier de me rendre, en toute hâte, près de la femme du maire d'Assenoncourt, petit village de l'arrondissement de Sarrebourg, à douze kilomètres de Dieuze. En arrivant au village, j'appris que la femme, âgée de trente-quatre ans, était morte depuis

plus d'une demi-heure. Néanmoins, voulant me rendre compte de ce qui s'était passé, j'entrai chez Jacquot, c'est le nom du maire. Le corps de sa femme, caché sous un drap, gisait, les mains jointes, cyanosées, armées d'une petite croix de cire et maintenues par un vieux chapelet, sur un lit entouré de cinquante femmes. J'appris que, depuis les premiers jours d'août, la femme Jacquot avait eu une perte utérine, jusqu'au moment du décès, qui semblait être arrivé lentement. Après avoir renvoyé les cinquante commères qui encombraient la chambre et enlevé le linceul, je constatai la maigreur, la lividité du sujet; la complète absence de respiration et de pouls, la mollesse et la flaccidité du ventre, le refroidissement des extrémités. Je touchai et rencontrai au fond du vagin, engagé encore dans l'orifice utérin, la tête d'un fœtus de quatre mois, complétement dénudée de parties molles. A la légère secousse imprimée par mon doigt au petit crâne, la sage-femme du village, qui était restée à côté de moi, crut apercevoir une bulle entre les lèvres de la morte. Encouragé par cet indice, si fugace, je me mis en devoir de débarrasser l'utérus du produit putréfié qu'il contenait; et à mesure que j'avançais dans mon travail, la malheureuse semblait renaître à la vie. La respiration, indiquée d'abord par les bulles qui se succédaient sur les lèvres, puis la circulation, se rétablirent avec une lenteur extrême. Ce n'est que trois jours après ma première visite que l'intelligence revint un peu. Je n'avais cessé de faire faire de injections détersives, destinées à entraîner les détritus putréfiés contenus dans la matrice, et de donner à l'intérieur de l'ammoniaque. La ressuscitée n'entra en convalescence qu'après avoir été littéralement couverte d'*abcès multiples;* dix-huit mois plus tard elle accoucha d'un dixième enfant. Elle vit encore.

Evidemment, si je n'avais pas eu la curiosité de m'enquérir de la cause de la mort de cette femme, elle fût réellement morte et eût été enterrée le lendemain. Ce fait me paraît d'autant plus curieux, qu'il dut y avoir une infection purulente, prouvée par les abcès multiples dont la femme fut si longtemps affectée ; mais, évidemment, la cause de la mort venait moins de l'empoisonnement lent que de l'état particulier dans lequel devait se trouver l'utérus (1). ANCELON,

Médecin de l'hôpital de Dieuze (Bas-Rhin.)

(1) Bien que les accidents aient pris leur point de départ dans l'utérus, il est évident qu'il s'agit ici d'*agonie par syncope*. Quoi qu'il en soit de cette différence dans l'interprétation étiologique, le fait de notre savant confrère n'en conserve pas moins, au point de vue de l'intervention de l'art, tout son intérêt et sa valeur pratique. (*Note du rédacteur.*)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'insuffisance du secours médical à domicile, et de la nécessité d'hôpitaux cantonaux, par le docteur Danvin (de Saint-Pol).

« Le soulagement des hommes souffrants est le devoir de tous, l'affaire de tous. » Cette pensée de Turgot, vraie de tous les temps, emprunte un caractère particulier d'actualité aux souvenirs encore palpitants de ces dernières années. Le mal, en effet, qui domine dans les sociétés modernes, celui qui mine sourdement leur existence et les menace à toute heure de quelque nouvelle perturbation, c'est la misère ; et ce n'est pas trop de toutes les aspirations généreuses, ce n'est pas trop d'une synergie de volontés et d'efforts pour contenir l'ennemi du repos commun. Les hommes surtout que leur profession a mis à même de descendre par eux-mêmes dans le domaine de la réalité, de voir de leurs yeux, de toucher de leurs mains la plaie du pauvre, ont plus que d'autres autorité pour s'occuper avec fruit des questions complexes qui se rattachent à ce grand problème de l'assistance publique, si intimement, si étroitement lié à l'intérêt des nations. En matière d'institutions charitables, les opinions qu'exprime le médecin ont, pour cette raison, des droits incontestables à se faire écouter, parce qu'elles sont, non des élucubrations de cabinet, mais le résultat d'une instruction pratique puisée à la source. On reconnaît aisément que notre honorable confrère, le docteur Danvin, s'est ainsi rendu familier le sujet qu'il traite par une méditation assidue des faits étudiés sur les lieux mêmes où ils se produisent, et que le Mémoire qu'il livre à la publicité a été passé au creuset d'une observation sérieuse.

L'esprit organisateur de M. Danvin s'était déjà révélé par un savant Traité de l'organisation de la médecine, publié en 1845. Le Mémoire que nous allons examiner, et qui est en quelque sorte un appendice, ajoute un titre de plus à la réputation de son auteur. Louons-le d'abord du choix même du sujet. C'est un des points les plus essentiels de la bienfaisance publique, c'est une question d'un immense intérêt, et sur laquelle doivent converger les méditations de tous les amis du bien, que la question du meilleur mode de secours à donner aux malades indigents des campagnes. Tous les bons esprits, et parmi les meilleurs, notre confrère, M. Cazin, dont nous saisirons cette occasion de rappeler ici l'excellent travail « *De l'organisation d'un service de santé pour les indigents des campagnes* », s'accordent en ce point que l'indigent des communes rurales ne prélève qu'une part insuffisante des secours que doit la société à chacun de ses membres dans leurs be-

soins. Voyez la charité à l'œuvre dans les villes : elle est variée, attentive, ingénieuse ; elle se multiplie sous toutes les formes ; elle semble inépuisable en ressources ; elle va au-devant de toutes les misères, de toutes les indigences ; elle verse sur toutes les plaies le baume qui soulage ; elle a des consolations pour toutes les douleurs. Comparez à cette prodigalité quasi luxueuse des cités envers leurs pauvres l'abandon, le dénûment dans lequel ceux des campagnes gémissent. Est-ce donc que les uns et les autres n'ont pas des droits égaux à notre intérêt, à notre sollicitude ? Oui ; mais l'ouvrier des champs accepte la souffrance avec résignation, comme une loi de l'humaine nature ; vivant au milieu d'hommes humbles et simples comme lui, qui sont tous ses égaux, ne connaissant pas de destin meilleur, il reste étranger à l'aigreur, à la haine, aux mauvaises passions.

Isolée d'ailleurs, disséminée sur une large surface dans des lieux distants les uns des autres, la misère des campagnes ne reçoit pas le ferment insurrectionnel qu'apporte à la misère des villes le contact des misères analogues. Le pauvre, au sein des cités, subit son sort plus qu'il ne s'y soumet. La richesse qu'il coudoie chaque jour (sans songer que sous ces brillantes apparences se cache bien souvent un ver rongeur) surexcite chez lui des sentiments instinctifs d'envie.

On comprend que la société a là à remplir une mission protectrice, qu'elle ne peut pas abdiquer sans injustice. L'Assemblée législative a cherché à combler cette lacune que nous signalons dans la loi sur l'assistance qu'elle a élaborée en 1851, et qui a eu M. Thiers pour rapporteur. Comment y est-elle parvenue ?... Sans s'effrayer du nom, de l'autorité, de la position de son savant adversaire, M. Danvin critique les dispositions de cette loi incomplète, selon lui, et radicalement frappée d'impuissance, en ce qu'elle préconise les secours à domicile, et ne place qu'au second rang les établissements hospitaliers « qui emprisonnent la liberté individuelle, ôtent au pauvre les plaisirs intimes et les consolations du foyer domestique, le mettent en présence des infirmités les plus dégoûtantes, de l'agonie et de la mort. » Partant de cette idée, purement théorique, on voudrait arriver par degrés à la suppression des hospices par le placement des infirmes et des vieillards, soit dans leurs familles, moyennant pension, soit chez des hôtes bienveillants et modérément rétribués.

M. Danvin réfute, comme on pense bien, par une dialectique pressante, et qui nous paraît victorieuse, l'assistance à domicile, en tant que préférable à l'assistance hospitalière. Il l'admet dans une certaine mesure, comme chose bonne, utile, morale, mais dans des cas qu'il prend soin de spécifier, et à la condition d'un contrôle actif et

vigilant qui s'assure du bon emploi, de l'exacte répartition des secours. Seulement, il ne veut pas qu'on perde de vue le mode d'assistance principal, celui-là seul qui offre des garanties vraiment sérieuses, qui assure à l'indigent, dans les maladies graves, des soins assidus, multipliés, continus, matériels et moraux. En résumé, tout en admettant les deux modes, comme se prêtant mutuellement un concours efficace, il consacre en principe la prééminence des hôpitaux ; et nous sommes grandement de son avis. Combien n'avons-nous pas vu, pour notre part, de malades guérir à l'hôpital, qui, chez eux, dans un domicile qui pèche le plus souvent par les principes les plus élémentaires de l'hygiène, étaient voués à une mort inévitable!

Voulez-vous savoir, en effet, ce que c'est que le domicile du pauvre? Le docteur Gosselet, dans son ouvrage intitulé : De la création d'un hôpital pour les enfants de la ville de Lille, a écrit : « Il meurt avant la cinquième année 1 enfant sur 3 naissances dans la rue Royale, 7 sur 10 dans les rues réunies, et, dans la rue des Etaques (quartier insalubre) considérée seule, c'est, sur 48 naissances, 46 décès : *Ab uno disce omnes.* » Quels enseignements dans ces funèbres récits ! que de tristes réflexions ils font naître! que de commentaires ils provoquent!

Les ouvriers agricoles ne sont pas placés, objectera-t-on, dans la plupart de nos provinces, dans des conditions aussi défavorables que les ouvriers des villes, et surtout des villes industrielles. Nous répondrons que si cela est vrai des provinces du Nord, il en est, notamment celles du centre et de l'ouest de la France, telles que le Limousin, l'Auvergne, le Berri, la Sologne, la Bresse, où les conditions d'habitation sont déplorables, où le dénûment passe toute idée. « On ne saurait croire, à moins de l'avoir vu comme nous-même, dit M. Blanqui, dans un rapport récemment fait à l'Académie des sciences morales, de quels chétifs éléments se composent le vêtement, l'ameublement et la nourriture des habitants de la campagne. Il y a des cantons entiers où certains vêtements se transmettent encore de père en fils, où les ustensiles de ménage se réduisent à quelques misérables cuillers de bois, et les meubles à une banquette ou à une table mal assise. On compte par centaines de mille les hommes qui n'ont jamais connu les draps de lit, d'autres qui n'ont jamais porté de souliers, et par millions ceux qui ne boivent que de l'eau, qui ne mangent jamais ou presque jamais de viande ou même de pain blanc. » Qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est pas là une de ces ébauches de fantaisie n'ayant pour but que de passionner l'imagination ; c'est un tableau dont le peintre a pris ses couleurs dans la nature elle-même. Quel plaidoyer plus éloquent à l'appui de l'opi-

nion patronnée par notre auteur, l'institution d'hôpitaux cantonaux ! Les malades, dira-t-on, se décideront difficilement à quitter leurs chaumières pour y entrer ; ce qui le prouve, c'est qu'actuellement, c'est par une bien rare exception qu'ils usent du droit d'admission dans les hôpitaux des villes, que la loi leur concède. Il est vrai de dire que ce droit n'existe, dans l'état présent des choses, qu'avec restriction, puisque les communes sont tenues de payer le prix des journées de leurs pauvres, et que bien souvent ce n'est pas le bon vouloir, mais le pouvoir qui leur manque, tant sont modiques leurs ressources. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions dissimuler la gravité de l'objection. Mais on peut répondre que cette répugnance, qui n'est que trop réelle, tombera nécessairement devant les exigences qui surgissent dans les temps calamiteux, comme, par exemple, lorsque sévissent les maladies épidémiques, plus communes qu'on ne pense dans les campagnes. D'autre part, on peut espérer que les hôpitaux de canton, dont les portes seront largement ouvertes aux indigents malades, ne leur inspireront plus cet éloignement irréfléchi que déplorent les amis de l'humanité ; que, mieux éclairés sur leurs intérêts, ils se familiariseront avec ces établissements mis à leur portée, appropriés à leurs besoins, devenus leur chose en quelque sorte ; et qu'enfin, se dépouillant peu à peu de leurs préjugés, ils iront demander à l'hôpital un abri et un soulagement pour leurs maux physiques, comme ils vont demander à la prière, dans l'église du hameau, un adoucissement à leurs peines morales.

Je ne suivrai pas M. Danvin dans la discussion de la partie financière de la question. Qu'il nous suffise de dire que, pour doter notre pays d'une création qui aurait pour résultat de secourir cent cinquante mille individus à la fois, sur tout le territoire, pendant le cours de l'année, il en coûterait infiniment moins que n'ont coûté les fortifications de Paris, dont l'utilité est au moins contestable. Il appartient à notre époque, qui voit, comme par magie, s'accomplir tant de grandes entreprises qui naguère eussent été jugées impossibles, de donner à cette idée des hôpitaux cantonaux toute l'attention qu'elle mérite.

Félicitons M. Danvin d'avoir mis au service d'une si sainte cause le ton de conviction profonde, la hauteur de vues qui règnent dans toute son œuvre. Ce serait une cause gagnée..., s'il ne fallait pour cela que du talent et du cœur.

Pustule maligne; emploi du Boswellia thurifera ou encens commun; guérison. —En publiant, il y a plusieurs mois, les résultats obtenus par M. Caïfassi de l'emploi de l'encens dans le traitement de la pustule maligne, nous faisions toutes nos réserves et nous nous demandions même si M. Caïfassi n'aurait pas eu affaire à quelque affection qui lui eût donné le change. Nous faisions des vœux néanmoins pour que ce traitement fût soumis à une expérimentation sérieuse, parce qu'il nous paraissait réaliser un progrès d'une très-grande portée pour les médecins et surtout pour les malades.

Un fait qui vient de se passer dans le service de M. Aran, à l'Hôtel-Dieu, nous paraît de nature à confirmer les grandes espérances fondées par M. Caïfassi sur l'emploi de ce nouveau moyen de traitement.

Le 31 octobre dernier, Simon (Jean), quarante quatre ans, mégissier, homme fort et robuste, d'une santé parfaite, se présenta à la consultation du Bureau central, pour se faire admettre dans un hôpital, atteint qu'il était, disait-il, d'une affection charbonneuse. M. Aran, qui était de service, le dirigea sur l'Hôtel-Dieu et le fit placer dans le service dont il est chargé (salle Sainte-Jeanne, nº 32). C'était un dimanche, la pharmacie centrale était fermée, et il eût été peut-être assez difficile de se procurer du *Boswellia thurifera* pur. En conséquence, tout traitement fut remis au lendemain. Du reste, il n'y avait encore aucun péril en la demeure, l'état général étant assez satisfaisant.

Le 1er novembre, M. Aran l'interrogea avec soin, et il apprit que cet homme, qui, par sa profession, se trouvait souvent en rapport avec des dépouilles fermentées et gâtées d'animaux morts, dont il ignorait la provenance, avait travaillé depuis une douzaine de jours des peaux avariées, mais ne provenant pas, il le croyait du moins, d'animaux morts de maladies. Le 24 octobre, en travaillant, et en passant un linge sec sur sa figure, il avait senti un peu de cuisson, et, en portant le doigt sur l'endroit douloureux, il s'était aperçu qu'il venait d'écorcher un petit bouton ; mais il n'y fit aucune attention. Le 25 et le 26, il ne survint rien de nouveau ; mais dans la nuit du 26 au 27, de l'enflure se montra sur la joue droite, siége primitif du petit bouton, et, le lendemain matin, elle avait augmenté et s'était étendue au point que le malade ne pouvait ouvrir l'œil. La surface tuméfiée était couverte de nombreuses ampoules, mais il y avait peu de douleur. Les ampoules s'ouvrirent spontanément, et le 29 une tache noirâtre s'était formée sur la joue. A partir de ce moment, il y éprouva, pour la première fois, des tiraillements et des élancements. Dans la journée et dans

la nuit du 29, il eut aussi un peu de fièvre, avec mal d'estomac et maux de reins.

Etat actuel le 1[er] novembre : pas de douleur nulle part ; seulement, de temps en temps, quelques élancements dans l'oreille et quelques maux de tête passagers ; langue blanche, humide ; pas de soif ; peu d'appétit ; pas de nausées ni de vomissements ; constipation depuis deux jours, ventre souple, indolent ; peau moite, sans chaleur ; pouls à 60. Autrement dit, l'état général était satisfaisant. Cependant, depuis trois nuits, le sommeil avait disparu, et le malade était en proie à une agitation qui ne lui permettait pas de garder longtemps la même position. Le côté droit de la face présentait un aspect tout particulier : il était le siége d'une tuméfaction qui portait sur la joue et sur les paupières. Cette tuméfaction était accompagnée d'une rougeur violacée vineuse, simplement œdémateuse sur la paupière supérieure, mais qui, à la partie supérieure de la joue, et même sur la paupière inférieure, offrait une coloration d'un noir violacé, au niveau de laquelle l'épiderme était détruit dans beaucoup de points, et l'on pouvait détacher des lambeaux de celui-ci avec une épingle, sans que le malade parût s'en apercevoir.

Toute cette portion noirâtre, véritable escarre, qui pouvait avoir 5 centim. de long, à partir de l'angle interne de l'œil, et qui, dans sa plus grande hauteur, n'avait pas plus de 3 ou 4 centim., était complétement insensible au contact du doigt et d'une épingle ; celle-ci pouvait même être enfoncée assez profondément sans que le malade accusât de douleur. Autour de l'escarre, qui était déprimée, existait une espèce de sillon, dans lequel, et tout autour, dans une étendue d'au moins un centim., on apercevait de nombreuses vésicules de dimensions variables. Une de ces vésicules, située près du bord supérieur de la paupière inférieure, ressemblait à une petite bulle de pemphygus ; toutes ces vésicules contenaient de la sérosité citrine ; la sécrétion des vésicules, en se concrétant, avait formé des croûtes jaunâtres. A la limite externe de l'escarre se trouvait une dépression circulaire noirâtre, qui était, au dire du malade, le point de départ de son affection. Les ganglions sous et post-maxillaires n'étaient pas engorgés.

M. Aran, qui avait reçu ce malade pour essayer l'application du *Boswellia thurifera*, fit, avec de la poudre de cette substance, un peu d'eau et quelques gouttes d'alcool, une pâte épaisse, espèce de mortier, qu'il étendit, en couche assez épaisse, sur toutes les parties malades, et dans une étendue de 1 centimètre au moins au delà. L'addition de quelques gouttes d'alcool avait été nécessaire pour faciliter l'incorporation de la poudre d'encens. Cette espèce de pâte

adhéra solidement aux parties malades, et, presque immédiatement, le malade dit éprouver dans celles-ci une chaleur intérieure, suivie d'un soulagement et d'un calme tels, que, le soir même, il déclarait à l'interne de service qu'il se croyait guéri. (Par précaution, on lui avait donné une potion cordiale et de la limonade vineuse.) Effectivement le gonflement avait diminué d'une manière très-notable. La première couche d'encens fut détachée avec une spatule, et on en réappliqua une nouvelle.

Le lendemain, 2 novembre, le malade se trouvait très-bien : le gonflement avait beaucoup diminué, ainsi que la rougeur du pourtour de l'escarre ; mais surtout celle-ci était parfaitement limitée. Les vésicules avaient disparu et la coloration était devenue rosée, de violacée qu'elle était. La sensibilité était toujours perdue dans les parties centrales de l'escarre, heureusement moins épaisse et moins étendue qu'on n'eût pu le croire le premier jour. (Application d'encens matin et soir ; une portion.)

3 novembre. En détachant l'escarre, une portion du derme et de l'épiderme se détacha, de manière à laisser en place cinq petites escarres plus profondes, mais très-peu étendues, puisque la plus grande n'avait pas plus d'un centimètre et demi ; elles étaient très-rapprochées et situées, trois sur la joue, à sa partie la plus inférieure, et deux sur la paupière inférieure. État général très-satisfaisant. Bon appétit. (Pansement avec l'onguent styrax.)

Le 4 et le 5 novembre, les pansements furent continués avec le styrax : les escarres commençaient à se détacher ; néanmoins, comme il restait encore du boursouflement et une coloration violacée de la paupière inférieure, une couche d'encens fut appliquée, le 6 novembre, sur celle-ci, tandis que la joue était saupoudrée d'amidon. Cette application d'encens eut des effets des plus remarquables : le gonflement avait diminué dès le lendemain. Le 8 novembre, deux des escarres les plus externes étaient tombées, et il ne restait, comme il ne reste encore aujourd'hui, 10 novembre, que trois escarres noirâtres, qui paraissent se dessécher sur place. Le gonflement des paupières a disparu, au point que le malade se sert de l'œil droit comme de l'œil gauche ; et, bien que les escarres ne soient pas tombées, le malade peut être considéré comme guéri.

Résultats fournis par l'expérimentation du perchlorure de fer comme traitement des anévrysmes. — Ainsi que nous l'avions annoncé, M. Malgaigne est venu lire à l'Académie de médecine un mémoire sur le traitement des anévrysmes par l'injection du perchlorure

de fer dans le sac anévrysmal. Ce travail est une lucide exposition de tous les faits connus ; rien de plus. Nous attendions mieux du savant professeur de médecine opératoire ; nous espérions qu'avant de condamner l'emploi du nouveau moyen thérapeutique, il aurait discuté la nature des accidents produits et l'impossibilité de les conjurer. L'unique motif de son rejet est la statistique des résultats donnés par ces injections : sur onze opérations, quatre ont été suivies de mort, deux eulement de guérison, et dans le reste des cas, il y a ou des accidents assez graves pour qu'aucun chirurgien puisse désormais, dit M. Malgaigne, exposer ses malades à un traitement aussi désastreux. Mais avant de conclure par une condamnation aussi formelle, ne fallait-il pas prouver que l'état actuel des choses était le dernier mot de la nouvelle méthode ?

Le résultat dont nous sommes témoin ne nous étonne nullement. Un chirurgien d'une vaste expérience vient dire au corps médical : Voici une nouvelle méthode qui réalise à l'égard des anévrysmes un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre ; oubliant de refréner l'ardeur d'expérimentation qu'il va soulever, par la simple remarque, que la lithotritie n'est pas arrivée tout d'abord à constituer une des méthodes opératoires les plus brillantes de la chirurgie ; oubliant d'ajouter que les règles d'exécution du nouveau moyen thérapeutique qu'il signale comme traitement des anévrysmes sont encore à formuler, qu'elles doivent être seulement le fruit de l'expérience, et que dans l'espèce, celle-ci n'existe pas encore. Séduits par la promesse qu'on leur fait, séduits encore par la simplicité d'exécution de la nouvelle méthode, les praticiens se précipitent à l'envi dans la voie de l'expérimentation. Ce danger pour l'avenir de la méthode, nous l'avions prévu ; aussi nous sommes-nous hâté de publier les résultats de nos expériences sur les animaux, afin de montrer aux praticiens que l'emploi du nouvel agent coagulateur n'était pas aussi innocent qu'ils le croyaient. Les faits cliniques n'ont pas tardé à venir nous donner raison.

Nous avons dit que dans les questions de thérapeutique la parole est aux faits, mais aux faits bien observés. Ceux que nous avons publiés et que M. Malgaigne a rassemblés dans son mémoire prouvent que l'application de la nouvelle méthode est moins simple que M. le professeur Lallemand l'avait prévu, sans trancher la question. Est-il des faits qui démontrent que l'on peut guérir un anévrysme par l'injection de perchlorure sans provoquer d'accidents ? *Oui !* répétons-nous encore une fois, il en existe un ; et nous avons été étonné que M. Malgaigne, dans le bilan qu'il a dressé de la nouvelle méthode, n'ait pas fait men-

tion de ce cas. Nul doute que le débat ouvert au sein de le l'Académie n'engage M. Valette à publier cette observation. Le nécrologe du perchlorure, fourni par M. Malgaigne, est assez considérable pour que la publication du seul fait de guérison n'ait plus de danger. Les périls qui entourent les expérimentations, dans l'état actuel de la question, doivent proscrire tout nouvel essai. Mais que la chimie nous livre une solution hémoplastique exempte de toute action caustique sur les parois artérielles et mise hors de doute par des expériences sur les animaux, la question d'avenir de la nouvelle méthode change immédiatement de face.

Pour nous, qui avons mission d'éclairer la religion de nos confrères tout en sauvegardant le mouvement de la science, après avoir provoqué la publication de M. Valette, nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs une dernière preuve du danger de ces expérimentations hâtives; c'est le fait qui sert de base au mémoire de M. Malgaigne.

Enfin, dit M. Malgaigne, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès: j'ai sauvé mon malade, grâce au Ciel; mais l'observation, pour n'avoir pas eu cette issue funeste, sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue, pour démontrer le danger des injections de perchlorure, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible qu'elle n'a pas même réussi à coaguler le sang dans toute la tumeur.

« Obs. *Plaie de l'artère humérale et du nerf médian; anévrysme traumatique traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer; accidents ligature de l'artère; guérison.* — Tonnelier (Victor), employé dans une fabrique d'eau gazeuse, était occupé à remplir et à boucher ses bouteilles, lorsque l'une d'elles ayant fait explosion, un éclat de verre vint frapper la partie interne du bras droit un peu au-dessus du pli du coude. Immédiatement un jet de sang rutilant jaillit par saccades à une distance d'environ 2 mètres. Le blessé appliqua le pouce sur la petite plaie, jusqu'à ce que son patron eût établi une compression à l'aide d'un linge et d'une bande. Au même moment il avait ressenti de l'engourdissement dans la main. Ce fut dans cet état qu'on l'amena dans mon service, presque aussitôt après l'accident, le 30 juillet 1853.

« Le bras droit, tuméfié, offrait dans sa moitié inférieure une circonférence plus grande de 4 centimètres que celui du côté opposé. La petite plaie, mise à découvert, ne donnait plus de sang; elle siégeait un peu en dedans de l'artère, en sorte que, pour arriver au vaisseau, le morceau de verre avait naturellement rencontré le nerf médian sur sa route. Je pris soin de m'assurer par le témoignage du malade qu'il avait été retiré en entier de la plaie. Il y avait une insensibilité complète de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et une sensibilité très-obtuse dans la moitié externe de l'annulaire, l'autre moitié de ce doigt, ainsi que le petit doigt, ayant conservé leur sensibilité naturelle. La face dorsale était restée sensible partout comme à l'ordinaire. La main avait aussi perdu de sa force

le malade ne pouvait fléchir les doigts que difficilement, et me serrait très-faiblement la main. La radiale battait avec assez de force.

« La lésion du nerf médian était manifeste, et celle de l'artère humérale ne l'était guère moins. Seulement la continuation des battements du pouls me fit penser qu'elle n'avait souffert qu'une petite piqûre; et je voulus essayer si la flexion forcée du bras ne suffirait pas à sa réunion, comme cela m'était arrivé quelquefois.

« Je fléchis donc l'avant-bras et le fixai dans cette position par un bandage. Mais le blessé ayant voulu retourner chez lui, avant d'y arriver, il s'aperçut que le sang coulait; il se fit établir une compression sur la plaie même avec de l'agaric et des bandes, et ne tarda pas à revenir à l'hôpital, où je le retrouvai le lendemain.

« La compression ayant rempli son but et étant bien supportée, je laissai l'appareil en place en remettant l'avant-bras dans la flexion. Mais des douleurs survenues dans la nuit m'obligèrent à visiter les parties, et je trouvai le bras gonflé de manière à offrir une circonférence de 6 centimètres de plus que le bras sain. Cependant, la petite plaie ne donnant plus de sang, je maintins la compression et la flexion du coude jusqu'au 6 août, époque où la cicatrisation extérieure parut complète et solide.

« Alors les choses étaient dans l'état suivant : rien de changé dans l'insensibilité et la faiblesse de la main ; au côté interne et un peu postérieur du bras, énorme ecchymose lie-de-vin, remontant jusque vers l'aisselle et descendant quelque peu à la partie antérieure de l'avant-bras. Vis-à-vis la piqûre de l'artère s'était formée une petite tumeur pulsatile, ovoïde, ayant 3 centimètres de hauteur, un peu moins en largeur, très-douloureuse à la pression, et offrant à l'auscultation un bruit de souffle assez rude. D'ailleurs, aucun frémissement dans les veines voisines.

« La flexion de l'avant-bras n'agissait pas sur cette tumeur, située un peu trop au-dessus du pli du coude. Je voulus essayer une compression directe, e malade ne put la supporter ; puis une compression sur l'artère au-dessus de l'anévrysme, les douleurs empêchèrent également de la continuer. Je me contentai alors de tenir le membre en demi-flexion et d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide. Avant de prendre un parti plus décisif, je voulais, par-dessus toutes choses, attendre le rétablissement des fonctions nerveuses, craignant que la suspension de la circulation, surajoutée à la paralysie, n'accrût les chances de gangrène.

« Le 16 août, le malade fut tenu éveillé toute la nuit par des douleurs très-vives dans tout le bras droit, surtout au niveau de la tumeur, mais, circonstance toute nouvelle, qui se propageaient par moments jusque dans les doigts ; et le lendemain nous constatâmes que l'annulaire avait recouvré la sensibilité normale, et que le médius en présentait déjà quelque peu.

« Le 2 septembre, la sensibilité s'étant accrue, la tumeur d'ailleurs bien circonscrite, je songeai à préparer le sujet à l'opération, en favorisant la circulation collatérale; mais ni la compression avec les bandes, ni le tourniquet ne purent être supportés, et je résolus d'attendre encore.

« Enfin, le 14 septembre, comme depuis quelques jours tous les doigts avaient recouvré plus ou moins de sensibilité à la face palmaire, l'index seul excepté, et que le mouvement de flexion était arrivé à ce point que l'extrémité des doigts arrivait au contact de la paume de la main, je jugeai le moment opportun pour pratiquer l'injection de perchlorure de fer.

« La tumeur offrait alors 6 centimètres de hauteur sur 5 de large ; elle n'était plus douloureuse à la pression ; elle était assez dure, cependant offrant encore sous les doigts des battements très-sensibles et une fluctuation manifeste, et le bruit de souffle inaccoutumé à l'auscultation.

« Je me servis d'une seringue en verre, fabriquée par M. Charrière ; avec piston à vis, selon le modèle de Pravaz. La seringue chargée préalablement d'une solution de perchlorure soigneusement préparée, je fis établir avec les doigts de deux aides une compression exacte au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis j'enfonçai le petit trocart vers la partie supérieure de la tumeur ; le poinçon rentré, il ne s'écoula qu'un peu de sang noir et très-épais. Une seconde ponction vers la partie moyenne et interne de la tumeur fut encore moins heureuse ; il ne s'en écoula rien, même après avoir promené la canule à diverses profondeurs et en sens divers. Le malade n'accuse d'ailleurs aucune douleur. Jugeant la canule trop étroite, j'en pris une autre d'un plus fort calibre, et je fis une troisième ponction vers la base de la tumeur ; il n'en coula encore qu'une ou deux gouttes de sang violacé. Une quatrième ponction vers la partie supérieure de la tumeur, assez près de la première, donna encore ici du sang violacé, mais en un peu plus grande quantité ; c'est là que je fis l'injection. Je m'assurai au préalable de la puissance de la solution en la mettant en contact avec les quelques gouttes de sang écoulé : à l'instant elles furent converties en un magma d'un gris brunâtre. Enfin, avec toutes les précautions possibles, la seringue bien vissée à la canule, je fis exécuter au piston six demi-tours, équivalant à six gouttes, dont il convient de défalquer la portion restée nécessairement dans la canule. Enfin, je maintins encore plusieurs minutes la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur ; je malaxai celle-ci doucement pour faciliter la diffusion du perchlorure ; et, voyant que la tumeur ne durcissait point, enfin je l'abandonnai à elle-même.

Cependant nous pûmes croire un moment qu'il y avait eu coagulation dans l'artère même, car la radiale avait cessé de battre. Mais cela ne dura que quelques minutes, après quoi les battements revinrent comme auparavant.

« Trois heures après l'opération, le malade fut revu ; la tumeur battait à l'ordinaire ; du reste, nulle douleur.

« Les jours suivants se passèrent bien, et déjà, m'applaudissant d'avoir évité tout accident, je songeais à faire une deuxième injection, lorsque le 18 apparurent quelques douleurs dans la tumeur, qui prit aussi un léger accroissement dans le sens transversal. Cependant c'était encore fort peu de chose, quand dans la nuit du 19 au 20 les douleurs devinrent violentes et continues au point d'empêcher le sommeil, et le 20, à la visite, je trouvai mon malade en proie à des souffrances si atroces qu'elles lui arrachaient des cris. Il dit que, vers sept heures et demie, il avait éprouvé une sensation de déchirement dans la tumeur, et en effet celle-ci s'était accrue jusqu'à présenter 9 centimètres de largeur sur 7 de hauteur. Il assurait cependant n'avoir fait ni mouvement ni effort, et avoir toujours conservé l'avant-bras dans une écharpe. Évidemment il y avait eu rupture du sac primitif, et cependant une circonstance nous laissait encore quelque espoir de guérison : la tumeur avait des battements plus obscurs et les pulsations étaient également plus faibles à la radiale. Je fis donc seulement appliquer des cataplasmes narcotiques pour calmer la douleur. En effet, celle-ci devint

plus sourde les jours suivants; mais les battements reprirent toute leur force.

« Le 24, vers midi, en faisant un effort pour se soulever, le malade ressentit une sorte de craquement suivi des mêmes douleurs que le 20 septembre. La tumeur avait encore augmenté, et, à 2 centimètres au-dessus du pli du bras et tout à fait à sa partie interne, elle était surmontée d'une petite saillie acuminée de la grosseur d'une noisette et d'une teinte rouge violacé; le reste de la tumeur était d'un rouge plus vif, et il y avait à l'intérieur un peu de tuméfaction.

« La rupture du sac à l'extérieur paraissait imminente. Mon interne, M. Bastien, plaça par précaution un tourniquet au-dessus de la tumeur, et fit surveiller assidûment le malade jusqu'au lendemain 25, où je trouvai le cas si urgent que je pratiquai immédiatement la ligature de l'artère humérale vers le milieu du bras. L'opération offrit quelques difficultés à raison de l'engorgement des parties molles; mais enfin l'artère fut isolée et liée, et immédiatement les battements cessèrent à la fois dans la tumeur et dans la radiale.

« Nous eûmes à lutter, les jours suivants, d'abord contre un érysipèle du bras, puis contre un rhumatisme articulaire des genoux. Je traitai l'un par la farine, l'autre par les pilules de vératrine, et le 10 octobre tout avait disparu, sauf un petit abcès à l'avant-bras. Ce même jour, la ligature tomba d'elle-même.

« Mais l'anévrysme ne montrait aucune tendance à se résorber, malgré une fluctuation manifeste et sans douleur.

« Le 13 octobre, j'y fis une petite incision d'un centimètre environ; il en sortit une assez grande quantité de sang noir et épais, sans que la tumeur s'affaissât beaucoup. La suppuration s'en empara, et l'incision primitive paraissant trop étroite, je l'agrandis le 19 octobre.

« Le 24, j'aperçus entre les lèvres de l'incision un petit caillot; je le saisis avec des pinces, et tirant avec précaution j'amenai dehors un caillot solide énorme, ovoïde, ayant 5 centimètres et demi de hauteur sur 4 de large. Je le fis examiner au microscope. M. Verneuil n'y trouva que des globules sanguins.

« Les jours suivants, la suppuration, d'abord abondante et sanguinolente, devint par degrés plus rare et de meilleure nature; le malade se sentait d'ailleurs si bien qu'il demandait sa sortie. J'insistai pour conduire jusqu'à la cure complète un cas aussi périlleux; mais le séjour de l'hôpital lui étant devenu insupportable, force me fut de le renvoyer le 3 novembre, avec la plaie de la tumeur non encore complètement cicatrisée, et elle ne l'était même pas encore hier 7 novembre. Les battements commençaient à revenir à la radiale, et la sensibilité des doigts avait fait encore quelques nouveaux progrès.

« Je ne pense pas avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation. Dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection, et la manifestation des accidents n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici, comme dans le cas de M. Velpeau, la ligature a pourvu au salut du malade; et à voir la sécurité et la promptitude de

son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer. »

Ostéosarcôme du maxillaire inférieur. — Résection de la moitié de la mâchoire par un nouveau procédé. — M. Huguier vient de présenter à la Société de chirurgie un jeune homme auquel il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure par un procédé qui nous paraît digne d'être enregistré. Ce procédé consiste en une simple incision de la commissure labiale prolongée transversalement jusqu'au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur. Cette solution de continuité épargne le nerf facial, le conduit de Sténon, et a fourni à ce chirurgien des résultats très-satisfaisants dans deux cas analogues à celui que nous allons rapporter.

Le nommé Cordier, horloger, âgé de dix-sept ans, entre à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur développée dans le maxillaire inférieur. Cette tumeur date de treize ans; elle semble s'être développée à la suite d'un coup reçu sur cet os. Grosse d'abord comme une noisette, elle a fini par s'accroître et par envahir toute la branche gauche de l'os. Son volume est aujourd'hui celui d'une grosse orange; la saillie qu'elle présente à l'extérieur est très-prononcée, et c'est principalement la déformation du visage qui a poussé ce jeune homme à venir à Paris. Cette tumeur se limite assez bien en bas, en avant et en arrière; dans ce sens elle repousse en arrière la glande parotide; en avant, les dents sont tassées les unes sur les autres, renversées en dedans et poussées d'arrière en avant. Les parties molles sont saines et ne participent en rien à la lésion de l'os.

Voici en quels termes M. Huguier décrit lui-même la mise en œuvre de son procédé :

Le malade est médiocrement chloroformisé. J'enlève alors la deuxième dent incisive ; puis, prenant un bistouri droit, je divise rapidement, de dehors en dedans et d'arrière en avant, toute la joue gauche et le masséter du même côté, à partir des deux tiers antérieurs de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à la commissure labiale. L'incision est pratiquée à 1 centimètre au-dessous du canal de Sténon et du tronc du nerf facial. On évite ainsi la section de ces deux organes importants. Il est probable cependant que quelques filets insignifiants du nerf facial sont coupés.

Les parties molles de la partie postérieure de la joue sont divisées, en allant de la superficie vers la profondeur. Je prolonge l'incision jusqu'à 1 centimètre du lobule de l'oreille, en ne divisant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, afin de ne pas couper l'épanouissement

du facial placé dans l'épaisseur de la parotide. Cette incision me donne un lambeau inférieur facilement disséquable, et un supérieur.

Avec un bistouri convexe, je rase l'os d'abord à sa branche, puis à son corps, et je dépasse même la ligne médiane du côté droit. Une branche de la faciale est ouverte, mais le jet de sang cesse bientôt sans que la ligature en soit faite. Un aide renverse les parties molles disséquées. Un autre aide, pressant sur l'angle de la mâchoire, la fait saillir en avant.

Je passe une aiguille armée d'un fil quadruple au niveau de la canine du côté droit, à travers le plancher de la bouche, immédiatement en arrière de l'os. Un aide tire ce fil et fait saillir l'os maxillaire inférieur en haut et en avant, et le fait dévier du côté gauche. Un quatrième aide relève et déprime en avant et en arrière la lèvre supérieure, afin de la garantir de l'action de la scie. C'est alors que, placé derrière la tête du malade, je scie le maxillaire de haut en bas, d'avant en arrière, de droite à gauche, et à deux lignes environ de la ligne médiane; mais à peine l'os est-il scié, que je m'aperçois que l'artère sous-mentale est divisée; le jet artériel ne m'empêche cependant pas de continuer l'opération. Bientôt même le jet cesse. Saisissant alors la partie gauche du maxillaire inférieur, je plonge mon bistouri dans le plancher de la bouche, en profitant de l'intervalle que la section de l'os laisse entre les segments pour raser la face interne de l'os de la même manière que j'ai rasé la face interne; je coupe ainsi le ventre antérieur du digastrique, le mylohyoïdien et le ptérygoïdien interne. Faisant alors basculer la portion gauche du maxillaire inférieur, je tends le muscle temporal. Le lambeau supérieur de notre première incision est disséqué rapidement. Je cherche alors à couper les attaches du muscle temporal à l'apophyse coronoïde, mais cette apophyse est remontée très-haut au-dessous de l'apophyse zygomatique, et j'éprouve, à cause de cette circonstance, une difficulté qui retarde l'opération; cependant, à l'aide d'un bistouri boutonné, je parviens à diviser le muscle. Alors je plonge mon bistouri directement en avant de l'articulation temporo-maxillaire, que j'ouvre ainsi à la manière de M. Maisonneuve.

Puis, faisant basculer le condyle, je termine l'opération, explorant avec soin toute l'étendue de la plaie; je fais la ligature des artères, dont le jet est très-peu considérable et dont le nombre s'élève à trois environ. Une éponge est maintenue sur la surface saignante et empêche le sang de couler; puis enfin je procède au rapprochement des portions molles. Je place quatre épingles pour maintenir le rapprochement. Aucun accident notable ne traverse le travail de cicatri-

sation, et près de trois mois après, le malade, tout à fait guéri, est en état de quitter l'hôpital.

Le résultat de l'opération est tel, qu'on croirait à peine, en le voyant, qu'il a subi une pareille mutilation. La sensibilité du côté opéré est parfaite, ce dont on s'assure en promenant une épingle tout autour de la cicatrice. Le malade, à chaque coup d'épingle, éprouve une vive douleur. La cicatrice est encore un peu prononcée ; et le bord supérieur, encore un peu saillant, s'effacera peu à peu. Quand le malade rit, la contraction de la face se fait presque aussi bien du côté opéré que de l'autre. La prononciation est normale et facile ; la mastication finira aussi par se faire aussi bien d'un côté que de l'autre, et il y a tout lieu de penser que quand ce jeune garçon aura de la barbe, la cicatrice se trouvant cachée par les favoris, il ne conservera qu'une faible trace extérieure de l'opération si grave qu'il a subie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*Ponction de la vessie dans un cas de prolapsus de cet organe mettant obstacle à l'*). Entre autres cas intéressants d'obstétrique rapportés par un accoucheur américain, M. Makee, nous trouvons le fait suivant, qui nous semble mériter spécialement l'attention. Appelé auprès d'une femme déjà mère de plusieurs enfants et se trouvant en travail depuis soixante-dix heures, M. Makee reconnut comme unique cause de dystocie un prolapsus vésical très-prononcé. Il essaya tout d'abord de pratiquer le cathétérisme ; mais, n'ayant pu parvenir à introduire la sonde, il se décida à pratiquer une ponction sur la paroi de l'organe qui se trouvait faire saillie à la vulve. Cette opération pratiquée, l'urine s'écoula et l'accouchement se fit avec promptitude. Les suites de couches furent des plus heureuses. (*Phil. med. Exam.* et *Ann. méd. de Roulers*, 1853.)

ARNICA (*Accidents tétaniformes développés sous l'influence d'une trop forte dose d'*). On ne connaît pas assez les effets physiologiques des plantes médicinales indigènes, et, d'un autre côté, on ne se préoccupe pas assez des différences que peut présenter l'activité d'un médicament, suivant l'époque où il a été recueilli. Ainsi, M. Turck vient de publier le fait d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui, à la suite de l'ingestion de l'infusion d'une grosse poignée de fleurs d'arnica récemment desséchées, dans un demi-litre d'eau bouillante, infusion qui lui avait été administrée pour des douleurs de dos et de l'oppression, sans toux ni crachement de sang, ressentit une agitation générale qui alla en s'aggravant au point qu'au quatrième jour il y avait un tétanos général droit. Appelé au bout de trois jours, M. Turck fit cesser momentanément le tétanos par des inspirations de chloroforme, répétées quatre fois en deux jours. Les accidents disparurent une première fois deux heures, une seconde fois pendant une heure, et la dernière fois, une demi-heure à peine. Le malade mourut le dixième jour, ce qui nous porte à penser que l'arnica ne fut peut-être pas la véritable cause des accidents tétaniques. Cependant, il n'est pas douteux que l'arnica donné à trop haute dose peut occasionner des accidents assez graves. Ainsi M. Turck cite encore un cas dans lequel l'arnica, pris à grande dose dans une tentative d'avortement, amena des douleurs abdominales très-violentes, simulant la péritonite et compliquées d'une agitation nerveuse générale. M. Grillot a observé des vertiges assez forts pendant quelques

heures pour empêcher le malade de se tenir debout ou assis, et qui étaient dus à une dose exagérée d'arnica. (*Journ. des Con. méd.-chir.*, novembre.)

BEVILACQUA (*Emploi du*) *ou hydrocotyle asiatica contre la lèpre.* D'après les résultats obtenus par un médecin de l'île Maurice, M. Boileau, sur lui-même et sur 57 malades, résultats confirmés à beaucoup d'égards par deux médecins de Pondichéry, MM. Poupeau et Houbert, la lèpre tuberculeuse, cet affreux éléphantiasis des Grecs, qui s'est toujours montré incurable, aurait enfin trouvé son moyen curatif dans l'emploi de l'hydrocotyle asiatica, plante de la famille des ombellifères. Après divers tâtonnements inséparables de toute médication nouvelle, M. Boileau s'est arrêté à la méthode suivante : 1° Préparation : « Pendant quinze jours ou trois semaines, tisane; bains tièdes, bains de fumigation ; une once de toute la plante desséchée à l'ombre pour une bouteille de tisane, à prendre dans la journée; trois livres de plante verte pour un grand bain ; cinq livres de plante verte pour un bain de fumigation ; quelques purgatifs précédés d'un vomitif. ». 2° Premier traitement : « Donner le sirop de bevilacqua seul, en augmentant d'une cuillerée toutes les semaines, jusqu'à trois ; persévérer trois semaines ou un mois à trois cuillerées par jour ; n'augmenter ensuite que si l'amélioration n'est pas sensible ; mais, dès que l'amélioration est manifeste, maintenir la même dose; aller ainsi jusqu'à 8 cuillerées; des purgatifs, un bain tiède par semaine; et, arrivé à 8 cuillerées, s'y maintenir tant que dure l'amélioration, suspendre quand elle s'arrête, et pendant quinze jours, un bain de plante tous les jours, un de fumigation tous les quatre jours, des purgatifs, frictions avec la pommade, etc. » 3° Deuxième traitement : « Unir les poudres au sirop, mais en ayant la précaution de n'augmenter les doses qu'avec modération ; se livrer d'ailleurs un peu à ses inspirations dans cette période du traitement, et se guider d'après les indications générales qui se présentent, plutôt que d'après une formule arrêtée d'avance, et qui partant ne peut convenir à tous les cas. » Ajoutons à l'appui de ce traitement, que sur tous les malades, sans exception, qui y ont été soumis, il y a eu amélioration, et que chez 5 malades, dont trois observés par M. Boileau, et deux par MM. Poupeau et Houbert, l'amélioration a été telle qu'on pouvait croire à une guérison complète, n'était que la maladie récidive souvent, mais sans laisser cependant les malades, pendant les rémittences, dans un état de santé aussi parfait que celui dont jouissent les cinq malades. (*Moniteur des hôpitaux*, septembre.)

BRULURES (*Efficacité de l'iode dans la guérison des cicatrices, suites de*). La fréquence des cicatrices, suites de brûlures, et les difficultés que l'on rencontre pour les prévenir ou les faire disparaître, nous engagent à faire connaître le fait suivant : au mois de novembre 1851, une petite fille de dix-huit mois se brûla une partie très-étendue du cou, de la poitrine et du bras gauche. Pendant bien longtemps son rétablissement se fit attendre, jusqu'à ce qu'enfin, au mois de mai suivant, la cicatrisation si désirée se manifesta. Presqu'en même temps, des cicatrices et des plis nombreux se montrèrent au cou, à la poitrine et au bras. M. Nicolls prescrivit de couvrir les parties malades avec un emplâtre mercuriel et, de temps à autre, il touchait les plis les plus saillants avec une solution de nitrate d'argent. Neuf mois se passèrent ainsi, sans qu'aucune amélioration se manifestât. Enfin, au mois de février 1853, l'idée vint à M. Nicolls d'essayer l'iode. Voici la disposition exacte des cicatrices existant à cette époque. Deux plis très-forts s'étendaient de chaque côté du menton, sur la région cervicale antérieure, où ils se réunissaient sous forme de V, après un trajet d'environ deux pouces. Un pli également très-fort enveloppait la partie antérieure et externe du bras vers l'insertion du deltoïde. Plusieurs cicatrices et plis d'un rouge assez vif s'étendaient en travers des clavicules, en passant d'une épaule à l'autre et en couvrant la moitié supérieure du sternum. Des frictions faites, de deux en deux jours, sur les différentes parties avec une teinture d'iode très-concentrée, ne tardèrent pas à avoir des résultats très-satisfaisants. D'abord la cicatrice du bras disparut, puis celles du cou, et enfin celles de la poitrine. La guérison, il est vrai, marchait très-lentement ; cependant, encou-

ragé par le succès qu'il avait obtenu, M. Nicolls persista dans l'emploi de l'iode. Les bords des cicatrices commençaient par offrir une arborescence blanchâtre, puis s'affaissaient. Grâce à sa persévérance, la petite malade se trouve aujourd'hui sans aucune difformité; et son cou ainsi que sa poitrine ne gardent aucune trace de son premier accident. Pendant les sept mois que l'iode fut employé, M. Nicolls se servit de temps à autre du nitrate d'argent pour réprimer les plis les plus saillants. Le succès semble cependant être dû principalement à l'iode; car, avant son emploi, on n'obtenait aucune amélioration. — Ce moyen est tellement simple que nous ne doutons pas que son emploi ne se généralise, et il serait bien désirable que de nouveaux faits vinssent en confirmer l'efficacité (*Dublin med. Press.* et *Presse méd. belge*, août.)

CRÉOSOTE (*Guérison d'une pustule maligne par la*). A l'encens, qui compte aujourd'hui de si nombreux et si incontestables succès; à la feuille de noyer, qui a si bien réussi entre les mains de M. Pomayrol et de M. Bruguier, il paraîtrait qu'il faut ajouter la créosote, avec laquelle M. Enlenberg aurait guéri une pustule maligne. M. Enlenberg aurait employé en topiques le mélange suivant :

Pr. Créosote............... 1 gr. 60
Essence de térébenthine. 1 60
Alcool camphré....... 120 »

M. Enlenberg aurait administré en même temps la créosote à l'extérieur, à petite dose, en même temps qu'elle était appliquée sur la partie malade. (*Deutsche klinik* et *Revue thérapeutique du Midi*, octobre.)

DIGITALE. *Son action sur les organes génitaux; ressources qu'elle offre à la thérapeutique.* Nos lecteurs se rappellent un intéressant article de M. Corvisart sur les effets de la digitale dans les cas de pollutions nocturnes. L'action élective de cette substance sur les organes génitaux est digne de fixer l'attention des praticiens, ainsi que le démontre un nouveau travail de M. le docteur Brughmans. Chacun peut se convaincre de cette action, dit ce médecin, en faisant usage pendant cinq ou six jours de 30 à 40 centigrammes de poudre de feuilles de digitale. Les organes génitaux se réduisent alors à un état d'hyposthénie, de flaccidité telles qu'on se sent porté à douter de leur existence : plus de chaleur, plus de tension, plus de congestion de ces parties, plus d'érections, plus de sensations voluptueuses, plus de désirs. On conçoit les inductions thérapeutiques que devait fournir la constatation de ces nouveaux effets de la digitale, et M. Brughmans rapporte huit observations à l'appui des bons résultats que les praticiens peuvent attendre de l'emploi de ce médicament dans les affections des organes génitaux. Dans les six premières, l'action de la digitale a été appelée seulement à seconder des moyens dirigés contre des accidents syphilitiques. La digitale, en enlevant la congestion, l'éréthisme, l'irritation que déterminent les chancres, les blennorrhagies, les posthites, les balanites, détruit les éléments de tout travail inflammatoire, modifie les sécrétions, prévient ou dissipe le gonflement du gland, du prépuce, du canal de l'urètre, de la prostate, de la glande séminale, des vaisseaux et des glandes lymphatiques, avec une certitude, dit l'auteur, dont on chercherait en vain des exemples en thérapeutique; par conséquent, elle est surtout utile quand un phimosis, un paraphimosis, une chaudepisse cordée, une épididymite existent ou sont à craindre. Ajoutons que les faits cités par cet auteur légitiment en grande partie ses assertions. Voici les deux derniers cas signalés.

Un malade affecté de blennorrhée chronique, accompagnée de pertes séminales, vient trouver M. Brughmans. Depuis un an, il a considérablement maigri. Son teint est sec et hâve. Il se plaint d'inappétence, de gastralgie, de palpitations, de bourdonnements d'oreilles, d'étourdissements passagers, qui lui viennent surtout après un effort de défécation ou d'émission d'urine. On pratique le cathétérisme : dès que la sonde arrive à la portion prostatique du canal, elle provoque une douleur si vive qu'elle force à suspendre l'exploration du canal. Le toucher périnéal ne fait constater la présence d'aucune tumeur, tandis que l'examen microscopique de l'écoulement urétral y signale l'existence de spermatozoaires. La spermatorrhée tenait donc, dans ce cas, à une ulcération de la portion prostatique de l'urètre. A l'exemple de M. Lallemand,

M. Brughmans voulut tenter la cautérisation de cette partie du canal, mais le souvenir des douleurs provoquées par le cathétérisme fit que le malade s'y refusa. Notre confrère essaya alors l'emploi de la digitale, à la dose de 30 centigrammes, aidé d'un régime substantiel. Après huit jours de cette médication, le malade éprouve un certain bien-être ; les étourdissements ont disparu, les palpitations ont diminué, la sécrétion urétrale est devenue moins filante et plus rare. La dose de digitale, diminuée de 10 centigrammes, est continuée encore pendant quinze jours et suffit pour achever la guérison ; en effet, ce temps écoulé, on peut pratiquer le cathétérisme sans éveiller la moindre douleur. Depuis lors, le malade a changé à vue d'œil, au physique comme au moral ; il a subi une métamorphose complète ; il a repris des forces et de la gaieté, il ne se plaint plus que de temps en temps d'un peu de pesanteur à l'estomac et d'un peu de susceptibilité nerveuse.

Le second cas est celui d'un jeune homme tourmenté de pollutions nocturnes, contre lesquelles on avait employé en vain les ferrugineux, le quinquina, les bains et lavements froids. M. Brughmans lui prescrivit la digitale à la dose de 40 centigrammes le premier jour, de 35 centigrammes le lendemain, puis de 30 centigrammes le troisième jour ; aucune pollution n'étant survenue, le médicament fut continué à cette dose pendant quinze jours. Six jours après la suspension de la digitale, une pollution eut lieu, et l'emploi du médicament fut repris et continué pendant un mois. Depuis cette époque, les accidents n'ont pas reparu.

Ces faits, joints à ceux que nous avons publiés déjà, ne peuvent laisser aucun doute sur l'action élective de la digitale sur les organes génitaux, action que l'on avait jusqu'ici confondue avec l'action hyposthénisante générale que ce médicament exerce sur l'organisme. Bien étudiée, elle viendra restreindre l'usage des sondes, des injections et des cautérisations dans les cas de phlogose des parties profondes du canal de l'urètre, moyens dont l'emploi est loin d'être toujours suivi de bons résultats. (*Journ. de médecine de Bruxelles*, novembre.)

ECZÉMA (*Emploi de l'ouate comme traitement de l'*). Les bons résultats des applications du coton cardé dans les cas de brûlure ont fait expérimenter son emploi dans d'autres affections vésiculeuses de la peau. La mention suivante, si courte qu'elle soit, mérite d'être enregistrée. Le docteur Mende, d'Einbeck, a traité, depuis quatre ans, vingt-un cas d'eczémas, siégeant sur différentes parties du corps, avec les seules applications d'ouate, sans aucun autre remède. Le succès qu'il en a obtenu est si évident, qu'il n'hésite pas à recommander ce mode de traitement, de préférence à tout autre. (*Hann. corr.* et *Ann. de méd. de Roulers*, 1853.)

FIÈVRES PUERPÉRALES ÉPIDÉMIQUES. *Moyen prophylactique très-simple.* Rien de fréquent, dans les hospices de maternité, comme les épidémies de fièvres puerpérales, qui viennent commander la fermeture momentanée de ces établissements. Des expériences répétées, faites par le docteur Bush, à la Maternité de Berlin, lui ont donné la certitude que rien n'assainit plus sûrement et plus rapidement les salles infectées par le miasme puerpéral, qu'un haut degré de chaleur sèche. En plaçant, pendant deux jours, dans les salles un ou deux poêles en fonte, dont les tuyaux, en tôle mince, sont dirigés dans une cheminée ouverte, et en élevant la chaleur de ces foyers jusqu'à la température de 52° à 60° R., ce qui s'obtient aisément quand on se sert de bonne houille, on replace bientôt ces salles dans des conditions normales de salubrité, sans même qu'il soit nécessaire d'enlever ou de renouveler les meubles et les literies. La pratique préconisée par M. Bush peut servir aussi de moyen préventif contre le miasme puerpéral : aussi l'accoucheur de Berlin conseille-t-il d'y recourir deux fois l'an dans les maisons hospitalières d'accouchements. (*Neuve Zeitschr.* et *Ann. de méd. de Roulers*, 1853.)

FISTULE URINAIRE *traitée avec succès par l'avivement des bords de la plaie antérieure et la suture entortillée.* On comprend que nous ne venons pas recommander comme une pratique générale le procédé qui a été mis en usage par M. Gay, dans le cas particulier que nous allons

relater. En effet, que pourrait-on attendre de cette opération lorsque l'urine coule encore très-abondamment par la fistule? Certainement, la cicatrisation n'aurait pas lieu, et, se fit-elle, un petit abcès ne tarderait pas à se former soit au niveau de la cicatrice, soit un peu plus loin, reproduisant exactement la fistule primitive. Mais il n'en est plus de même lorsque l'ouverture intérieure de la fistule étant cicatrisée ou du moins sur le point de l'être, l'ouverture externe persiste. Le trajet est réduit à presque rien, et cependant la sécrétion ne se tarit pas complétement; l'ouverture externe persiste et résiste aux moyens les plus rationnels. C'est ce que nous avons vu souvent pour les fistules stercorales, par exemple, pour celles surtout qui persistent après la guérison des anus contre nature. Il faut souvent une très grande obstination même, pour obtenir l'occlusion de ce pertuis capillaire qui fournit à peine une goutte de liquide puriforme de temps en temps. Les cautérisations de tout genre échouent très-fréquemment, et nous avons vu Blandin en venir à l'autoplastie pour obtenir la guérison d'un de ces petits trajets fistuleux. Le procédé suivi par M. Gay pourrait certainement être employé, avec quelque chance de succès, dans les cas de ce genre; mais on va voir qu'il a réussi dans un cas bien autrement défavorable.

Un homme de cinquante ans, assez robuste, mais au teint pâle et aux traits un peu altérés, entra le 10 mai dans le service de M. Gay pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui avait succédé à un abcès urineux, par suite d'un rétrécissement de l'urètre. La fistule était ancienne et l'urine coulait en quantité par la plaie. Comme la santé générale était mauvaise, M. Gay chercha à la rétablir par des moyens appropriés, en même temps qu'il dilatait le canal avec des cathéters métalliques et qu'il faisait des injections acides dans la vessie, afin d'en modifier l'état morbide. Sous l'influence de ces moyens, une amélioration survint : les urines devinrent plus normales, l'irritabilité de la vessie diminua, la santé générale se fit de plus en plus satisfaisante. Il passait cependant toujours beaucoup d'urine par la fistule. M. Gay eut recours à l'opération suivante : le malade ayant été préalablement endormi avec le chloroforme, et placé dans la position que réclame la taille, les bords de la fistule furent avivés et l'incision fut prolongée un peu en avant et un peu en arrière de celle-ci; puis, par une dissection soignée, les parties superficielles furent détachées des parties profondes. Ensuite, M. Gay pratiqua de chaque côté et à une petite distance de la plaie, une incision destinée à obtenir le relâchement des bords de celle-ci. Enfin, trois aiguilles furent passées profondément et transversalement à travers ces bords, sur lesquels on pratiqua la suture entortillée, et une sonde de gomme élastique fut fixée dans le canal de l'urètre, de manière cependant à ce qu'elle ne dépassât pas beaucoup le col de la vessie. Le malade fut tenu dans le repos le plus complet. La cicatrisation marcha de la manière la plus satisfaisante, et lorsqu'on retira les aiguilles, la réunion était parfaite, sauf dans un seul point par lequel il ne s'échappait pas d'urine. Cette petite ouverture s'est fermée à son tour, et six semaines après son entrée, ce malade quittait l'hôpital en parfaite santé; l'urine passait tout entière par le canal. Il a été revu trois mois après; il souffrait toujours de sa cystite chronique; mais la cicatrice du périnée ne s'était pas déchirée. (*The Lancet.*)

GALVANO - PUNCTURE (*Anévrysme de l'artère iliaque externe guéri par la*). Personne ne peut dire encore au juste quel est l'avenir réservé à la nouvelle méthode de traitement des tumeurs anévrysmales, celle des injections médicamenteuses, et, en particulier, celle des injections de perchlorure de fer. Mais ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que cette méthode ne doit pas faire oublier et ne fera pas oublier certainement la galvano-puncture. Si, par exemple, il est des cas dans lesquels les méthodes thérapeutiques les plus éprouvées sont peu applicables; s'il est des cas dans lesquels on doit redouter les injections de substances irritantes dans l'intérieur du sac, à cause des suites que peuvent avoir et qu'ont eues dans plusieurs cas ces injections, c'est bien certainement dans le cas d'anévrysme des artères situées dans la cavité abdominale, comme l'iliaque externe et l'iliaque interne. Nous sommes donc heureux de faire con-

naître un nouvel exemple de succès de la galvano-puncture, et cela dans un cas fort grave.

Un sergent du 1er régiment de fusiliers de Madras, âgé de trente et un ans, était affecté depuis dix mois d'un anévrysme de l'artère iliaque externe. Dans une brusque extension de la cuisse, il avait senti tout d'un coup une douleur dans l'aine gauche, qui s'était étendue à la cuisse. Celle-ci n'avait pas tardé à gonfler et, dans l'impossibilité de continuer son service, il était entré à l'hôpital. A cette époque, le membre inférieur correspondant était gonflé et douloureux, mais ce fut seulement quelques jours après que l'on découvrit dans l'aine une tumeur pulsatile, qui fit peu à peu des progrès, jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de dinde, tumeur animée de battements et accompagnée de bruits de souffle. Dans l'impossibilité d'exercer une compression au-dessus de la tumeur, on se contenta de comprimer celle-ci avec un tourniquet aussi fortement que le malade pouvait le supporter. Soit effet de cette compression, soit faute de tendance de la tumeur à augmenter de volume, l'anévrysme ne fit que très-peu de progrès. Cette circonstance, jointe à l'état général satisfaisant de ce malade, engagea M. Eyre à tenter quelque chose pour la guérison définitive. Il songea à la galvanopuncture et, le 4 septembre, il y procéda en enfonçant deux longues aiguilles fines à une profondeur d'un pouce dans le sac, et en les mettant en contact avec les pôles d'une machine électro-magnétique. Dans le but d'arrêter, autant que possible, le cours du sang dans la tumeur, une compression avait été pratiquée sur le trajet de l'artère, mais cette compression n'avait jamais réussi à suspendre complétement les battements. Les aiguilles furent laissées dans la tumeur pendant vingt minutes, la machine étant au minimum d'action. Néanmoins, il n'y eut pas mal de douleurs, et le malade fut assez vivement agité à la suite. La tumeur battait comme auparavant. Repos absolu.

Pendant trois jours, la tumeur anévrysmale, pas plus que la santé générale, ne semblèrent avoir éprouvé une influence quelconque de ce traitement. Le quatrième jour, la tumeur devint douloureuse, et le malade était dans un état nerveux et abattu; néanmoins, ces accidents ne durèrent pas, et ce fut seulement le huitième jour que la douleur reparut d'une manière sérieuse dans la tumeur. Une inflammation assez vive s'empara de celle-ci, mais surtout de la peau, qui était le siége d'une rougeur érysipélateuse. Sous l'influence d'une application de sangsues, de purgatifs, de réfrigérants et de calmants, ces accidents furent conjurés. Mais peu à peu la tumeur devenait plus dure et les battements plus faibles. Après un mois, les battements étaient à peine sensibles dans la tumeur, qui commença à son tour à diminuer de volume; en même temps, l'engourdissement disparaissait dans le membre inférieur, et le malade commençait à pouvoir marcher. Enfin, trois mois après l'opération, le malade pouvait être considéré comme guéri. Le sac anévrysmal revenu au volume d'une noix, ressemblait à un ganglion engorgé du pli de l'aine. Il y avait toujours un peu d'œdème autour des malléoles.

Sans doute, la guérison n'a été obtenue dans ce cas qu'après des accidents d'une assez haute gravité, et l'on peut même s'étonner que M. Eyre ait réussi en employant un procédé aussi défectueux, en faisant usage, par exemple, d'aiguilles simples et de l'appareil magnéto-électrique. Toujours est-il cependant que la guérison a été obtenue, et ce résultat est d'autant plus remarquable que l'opération de la ligature de l'iliaque externe et de l'iliaque primitive expose certainement les malades à des accidents sinon plus graves, au moins aussi graves que ceux que le malade a traversés. (*The Lancet*, juillet.)

GETAH LAHAE; *nouvelle substance pharmaceutique*. Cette substance, fournie par un arbre connu dans les Indes sous le nom de Lahae, est une matière résineuse solide, légèrement onctueuse au toucher et d'une couleur gris sale, qui se fond dans l'eau bouillante et présente alors des propriétés adhésives remarquables, qui pourraient être utilisées dans la pratique pharmaceutique. M. Van Hengel, voulant tirer parti de ces propriétés adhésives, a procédé de la manière suivante : il a pulvérisé grossièrement de la résine refroidie dans un mortier, et cette poudre, passée à travers un tamis sec et à mailles lar-

ges, a été répandue uniformément sur un morceau de linge, sur lequel il a passé légèrement un fer à repasser. Ce linge, ainsi préparé et préalablement chauffé, est, au dire de M. Van Hengel, le meilleur adhésif que l'on connaisse, quand on l'applique sur une plaie dont les lèvres ou les bords sont secs. Il réussit très-bien en particulier contre les ulcères atoniques des extrémités. On peut aussi le diviser en lanières et s'en servir à la manière des bandelettes de Baynton, sur lesquelles il a l'avantage d'adhérer mieux, d'être d'un prix moins élevé, et de pouvoir servir plus d'une fois sans perdre sa force adhésive. Le getah lahae paraît avoir beaucoup d'analogie avec la cire jaune; mais il coûte moins cher de moitié, sa valeur vénale n'étant tout au plus que d'un florin le kilo (2 f. 15). Il peut fort bien remplacer la cire jaune et blanche dans la préparation des onguents. Les emplâtres préparés avec le getah lahae étant imperméables et d'un prix peu élevé, M. Van Hengel s'est bien trouvé d'employer la toile recouverte de cette résine à la manière de la toile cirée, chez les gâteux, chez les femmes pendant les couches, etc. Avant d'employer le linge de getah lahae à cet usage, il faut avoir la précaution de lui enlever sa force adhésive, en le lavant avec une éponge trempée dans du pétrole. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale* et *Rev. méd.-chir.*, octobre.)

PUSTULE MALIGNE. (*Nouveau fait de*) *traitée avec succès par l'encens*. Au fait intéressant de guérison de pustule maligne par l'application du *Boswellia thurifera*, que nous publions dans ce numéro, nous sommes heureux de joindre le fait suivant, qui vient d'être consigné dans le dernier numéro de la Revue thérapeutique du Midi. Le 31 mai dernier, dit M. Desmartis père, l'auteur de cette observation, on m'apporta un enfant de quatorze jours, fils d'un cordonnier qui habite une maison peu saine et une chambre très-peu aérée, où le cuir donne continuellement une odeur très-fatigante pour ceux qui n'y sont pas habitués, et assurément peu salutaire pour ceux que l'habitude a appris à tolérer. Depuis quatre ou cinq jours, au dire du père, une sorte de bouton s'était montré sur la partie supérieure et un peu interne du pied droit de l'enfant, et il y existait en effet une espèce de tumeur, au centre de laquelle se trouvait une vésicule de la grosseur d'une graine de chènevis. Elle était entourée d'une escarre noire, dont le pourtour était enflammé et présentait, dans une assez grande étendue, sur la face supérieure du pied, une vaste auréole d'un rouge ponceau, légèrement foncé en violet. Il était assez difficile de diagnostiquer autre chose qu'un charbon. La pâte d'encens fut appliquée sur la partie malade, en suivant le procédé de M. Caïfassi. Le surlendemain, l'emplâtre fut enlevé, en entraînant l'escarre qui envahissait tout le derme, entraînant même une portion de l'un des muscles sous-jacents. Le topique fut renouvelé, et un mois après, la guérison fut complète, sans accident fâcheux. Peut-être est-on en droit de s'étonner qu'une escarre aussi profonde se soit détachée en quarante-huit heures; mais il faut réfléchir qu'on avait affaire ici à un enfant de quatorze jours, et c'est une remarque qui a été faite depuis longtemps, que le travail d'élimination et la cicatrisation des plaies marchent avec une rapidité extrême à cet âge de la vie.

VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine a fait sa rentrée le 7 de ce mois. L'événement de la séance était les débuts de M. Bouchardat, comme panégyriste; la tâche semblait d'autant plus difficile que, dans son infatigable ardeur, l'honorable professeur a voulu payer les deux dettes de la Faculté. La raison qu'il en a donnée lui fait trop d'honneur pour que nous la passions sous silence. Successeur de Royer-Collard dans la chaire d'hygiène, il se devait de ne pas laisser à d'autres le soin de louer un collègue si regretté. Élève, agrégé, ami de Richard, un pieux sentiment lui a commandé de ne pas laisser passer cette

occasion solennelle de rendre hommage à cette nature d'élite, à cette belle personnalité scientifique. Disons de suite que M. Bouchardat a accompli sa mission avec bonheur, et qu'un brillant succès est venu couronner sa tentative. Ne pouvant reproduire ces discours, nous nous bornerons, pour légitimer et les longs applaudissements de l'amphithéâtre et nos éloges, à mettre sous les yeux de nos lecteurs la fin du panégyrique du savant botaniste, professeur modèle.

« Achille Richard appartenait à cette phalange peu nombreuse d'hommes privilégiés qui comprennent le but de la vie; partout où nous le suivrons, nous le trouverons toujours le même, faisant le bien partout et se faisant chérir de tous ceux qui l'approchaient.

« Dans la famille, pas de fils, pas d'époux, pas de père plus tendre, plus dévoué.

« Dans les relations du monde, pas d'ami plus sûr, plus ingénieux dans sa bonté. Dès sa jeunesse, il fut l'ami des savants les plus illustres. Desfontaines, Jussieu, Brogniart, de Candolle adoptèrent de cœur le fils de Claude Richard, et leurs fils, dignes héritiers de leurs noms, continuèrent cette douce fraternité. Ce qui a fait répéter à M. Decaisne ce mot d'un grand homme :

« Il y a quelque chose de sacré dans les longs attachements, et, sans doute, « ils sont plus respectables encore quand le génie les accompagne. »

« Vous qui fûtes les collègues de Richard, je n'ai pas besoin de vous dire combien elle était douce la confraternité de cette âme confiante et expansive; et vous, chers élèves, il n'est pas de maître que vous ayez plus tendrement aimé; mais aussi, comme il était heureux avec vous, comme il se plaisait à vous donner de sages conseils; quelle bienveillance infinie vous trouviez toujours en lui! Dans vos examens, ces jours où l'on ne sait plus rien, comme il vous rassurait, avec quelle ingénieuse bonté il vous faisait retrouver tous vos souvenirs, combien il était heureux quand vos réponses étaient excellentes! Ce qui augmentait votre joie d'être reçus par lui, c'est que vous saviez qu'il remplissait avec fermeté le pénible devoir d'ajourner ceux dont il n'avait pu rien obtenir.

« Cherchons à résumer rapidement la vie d'Achille Richard.

« Avec une santé très-souvent ébranlée, il a su se faire sur cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret a été bien simple : il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis; à aimer à rendre heureux ceux qui l'entouraient; à être bon, bienveillant pour tous; à faire son devoir en toute occasion; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable; à travailler incessamment à sa recherche; à être dépouillé d'envie et d'orgueil; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

« Personne n'a supporté avec une plus admirable résignation les épreuves nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde, comme pour nous apprendre à nous en détacher.

« Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées quand la maladie est venue atteindre sa fille ou ses petits-enfants! Comme alors il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens!

« La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée l'eût brisé sans re-

tour, si la religion n'était venue soutenir son courage en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

« Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladies, il oubliait sa santé; cependant, se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien qui lui fit considérer sans amertume et, pour ainsi dire, sans émotion, sa fin prochaine ; lui, dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté qu'il aimait tant, membre des premières Sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et, jetant sur cette heure fatale, qu'il voyait si peu éloignée, un regard plein de calme : « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfants. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès! quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous, entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père !

« Quoi qu'il en soit, messieurs, à sa dernière heure il a pu dire :

« J'ai bien rempli ma journée ; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

« Je terminerai son éloge en disant : Efforçons-nous de l'imiter. »

M. le professeur Gavarret proclame ensuite les noms des lauréats pour les différents prix de la Faculté. — *Médaille d'or.* — Grand prix, M. Marcé (Louis-Victor). — *Médaille d'argent.* — 1er Prix, M. Leplat (Emile-Claude). — 2e Prix, M. Porchat (Frédéric-Jules-Albert). — *Mention honorable.* — Parmentier (Louis-Eugène). — *Prix Corvisart.* — M. Epron (Gratien).

Le prix Montyon n'a pas été décerné, par la raison que dans tous les Mémoires qui sont parvenus à la Faculté les concurrents n'ont pas exécuté à la lettre la volonté du testateur. Ils ne se sont pas bornés à l'observation des maladies qui ont régné dans l'année précédente (1852), et ont compris dans leur étude les maladies de l'année 1853.

Le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine est la question suivante : « Etudier par des observations recueillies dans les services de la Faculté l'influence des bains dans les maladies. »

Le choléra se rapproche de nous de jour en jour ; il a même déjà fait son apparition en France. Dans les derniers jours de septembre, l'épidémie s'est montrée au Havre sur trois sujets de la même famille, la mère et deux enfants, qui ont succombé. Depuis cette époque, il y a eu dans cette ville une trentaine de cas, dont 9 ont été suivis de mort ; mais depuis le 1er novembre, aucun cas nouveau n'a été signalé ni au Havre, ni dans l'arrondissement. A Paris, depuis longtemps on n'en a observé aucun cas. En revanche, en Hollande, en Belgique, en Angleterre surtout, la maladie con-

tinue à sévir avec intensité. A Rotterdam, depuis trois mois que dure l'épidémie, on a compté 1,111 cas et 617 décès, sur une population de 80,000 habitants. A Anvers, c'est le 12 septembre que le choléra a été observé pour la première fois; et jusqu'au 11 octobre, il y avait eu 103 cas et 62 décès. Quelques cas ont été observés à Jersey et à Guernesey. A Londres, dans les deux dernières semaines, on a compté 99 et 102 décès, chiffres bien supérieurs à ceux des semaines précédentes. En même temps, l'épidémie s'étend tantôt par cas isolés, tantôt frappant à la fois un assez grand nombre d'individus. C'est la ville de Dundee, en Écosse, qui souffre le plus en ce moment du choléra. En Irlande, à Dublin, à Cork, à Belfast, il y a eu aussi plusieurs cas. Deux navires partis de Liverpool et chargés d'émigrants ont été forcés d'aborder en Irlande pour débarquer leurs morts et leurs malades.

Tel est le bilan peu rassurant, il faut l'avouer, de l'état sanitaire de la dernière quinzaine. Partout où elle passe, l'épidémie offre jusqu'ici les mêmes caractères : lenteur dans la marche, limitation assez restreinte dans le nombre des attaques ; mais, en revanche, si le nombre des malades est moins considérable, la mortalité est plus forte. Les décès, qui étaient dans la proportion de 1 sur 2 par rapport au nombre des cas; dans les épidémies précédentes, se sont élevés cette fois, dans certaines localités, jusqu'à 3 sur 5 et plus encore. Enfin, si, une fois arrivé à sa période de déclin, le choléra a diminué et cessé rapidement dans certains pays, dans certains autres cas il semble s'éterniser. Toutes ces données sont bonnes à connaître; et si, comme tout le fait craindre, nous ne pouvons échapper à sa terrible visite, c'est déjà quelque chose que de savoir que l'épidémie qui nous menace; si elle est plus grave peut-être que les précédentes, ne doit pas faire craindre des désastres aussi grands que ceux que nous avons traversés dans les deux épidémies précédentes.

P.-S. Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que deux cas de choléra, dont l'un suivi de mort, ont été constatés dans les hôpitaux.

Le Conseil de salubrité s'occupe activement des moyens à prendre dans la ville de Paris, en cas d'invasion du choléra. Il paraît que les Conseils d'hygiène institués récemment dans les divers arrondissements, et dont le personnel est aujourd'hui au complet, seront particulièrement chargés de visites préventives à domicile ou de toute autre inspection de même nature. Quand le besoin des localités l'exigera, on adjoindra aux membres de ces Comités un certain nombre de personnes notables du quartier, qui, elles aussi, visiteront fréquemment les habitations encombrées d'ouvriers, les salles d'asile, tous les lieux enfin où la population se trouve étroitement agglomérée. En même temps, des bureaux de secours, composés de médecins, d'élèves internes des hôpitaux, de pharmaciens, seront créés sur une grande échelle. Tout en laissant au Conseil de salubrité la direction du service, on investira les membres des Comités d'une autorité suffisante pour assurer la prompte et exacte distribution des secours. Ils pourront, quand ils le jugeront convenable, exercer une sorte de réquisition sur les médecins des bureaux de bienfaisance et sur ceux des bureaux de secours, qui auront à se transporter immédiatement aux lieux désignés, pour y donner les soins nécessaires. Les médicaments les plus utiles seront mis à la disposition de ces bureaux. Des mesures seront prises en outre pour que tous les médecins indistinctement puissent faire délivrer, sur leurs certificats, des médicaments, des ceintures de flanelle, du houillon, etc., aux personnes nécessiteuses. Le service hygiénique et médical de chaque arrondissement sera centralisé à la mairie. Les commissaires de police prêteront leur concours aux Comités, soit pour signaler les foyers cholériques ou d'insalubrité, soit pour fournir les moyens de transport, etc. On voit que les mesures projetées par l'administration ressemblent beaucoup à celles que l'Angleterre se félicite, dit-on, d'avoir mises en pratique. Si le malheur veut qu'on soit dans le cas de les appliquer, nous verrons ce qu'il faut croire de leur efficacité réelle.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'adresser une circulaire à tous les préfets, pour les inviter à interdire l'u-

sage des tuyaux de plomb, de cuivre ou de zinc dans les brasseries et les maisons de détail, la bière pouvant acquérir des propriétés toxiques par suite de son contact avec ces métaux. Les nombreux exemples de semblables intoxications dont nous avons été témoin nous font applaudir à cette sage mesure. Le bienfait en sera d'autant plus grand, que nos assertions, à l'égard de cette source d'accidents, n'ont pas toujours été prises assez au sérieux par beaucoup de nos confrères. Nous allons en fournir une nouvelle preuve. Cet été, nous trouvant dans une petite ville du nord de la France, nous fûmes amené à discuter, avec les deux confrères de la localité, la nature des accidents d'entéralgie dont ils sont souvent témoins chez les ouvriers du pays. Ils n'hésitaient pas à les rapporter à des affections rhumatismales. La mauvaise hygiène de ces hommes et les circonstances topographiques du lieu semblaient légitimer leur manière de voir. Voulant éclairer ma religion à l'égard d'accidents qui épargnaient et les femmes de ces ouvriers et la classe bourgeoise, je conduisis ces confrères dans un cabaret voisin, où la bière est conduite au comptoir à l'aide d'une pompe. Là, nous obtînmes du propriétaire qu'il mît à notre disposition les deux pouces qui terminaient l'extrémité du tuyau de plomb plongeant dans le tonneau de bière. J'envoyai chercher chez le pharmacien du lieu un flacon d'eau distillée et deux solutions, l'une d'iodure de potassium, l'autre de sulfate de soude. Pendant ce temps, nous fîmes fendre en deux parties le bout de tuyau de plomb. Nos matériaux d'expérimentation arrivés, nous plaçâmes dans deux verres un peu d'eau distillée, et versâmes quelques gouttes de nos réactifs sans obtenir aucun précipité; alors nous lavâmes l'intérieur des deux parties du tuyau en plomb avec la même eau, et, après l'avoir versée dans deux autres verres, nous y fîmes tomber, dans l'un quelques gouttes d'iodure de potassium qui donnèrent aussitôt un précipité jaune fort abondant d'iodure de plomb, et, dans l'autre verre, la solution de sulfate de soude fournit à son tour un précipité non moins considérable de sulfate de plomb. Nos deux confrères furent fort étonnés des résultats dont ils étaient témoins; le cabaretier fut moins surpris, et me dit : « C'est donc pour éviter les dangers que vous signalez à ces messieurs que le brasseur nous a recommandé de ne pas vendre la première chope de bière que nous tirons le matin? Nous la versons dans un petit tonneau, et, lorsqu'il est plein, il nous rend, en échange, une même quantité de bière; mais j'avoue que j'ai souvent négligé cette sage précaution, ignorant la portée du conseil. Dès aujourd'hui, je vous promets que ça ne m'arrivera plus. » Ce que nous avons fait pour cette petite ville, l'honorable M. Chevalier l'a répété pour Lille, Valenciennes, Saint-Omer, etc.; il a chargé des pharmaciens de ces différentes localités de lui adresser des morceaux de tuyaux de plomb servant à conduire la bière, et tous lui ont fourni, en notre présence, des résultats identiques. On comprend qu'éclairé par de tels faits, nous applaudissions à la nouvelle mesure prise par l'autorité.

Il est dit que la question du *secret* suscitera toujours des tribulations au corps médical. Aux noms honorables auxquels la justice a voulu faire un crime de n'avoir pas révélé le secret qui leur était confié, nous avons aujourd'hui à ajouter le nom de notre savant et très-honorable confrère, M. le docteur Cazeaux. Appelé par le juge d'instruction à déposer sur un fait présumé d'avortement provoqué, notre confrère a refusé de répondre, par la raison que les circonstances du fait étaient arrivées à sa connaissance dans l'exercice de son ministère. Une première amende a été prononcée par le juge d'instruction : une seconde devant l'être sur les conclusions du procureur impérial, et la citation en témoignage devant se renouveler si la cause vient aux assises, M. Cazeaux en a référé à la Société de médecine, dont il est membre, et cette Société, à son tour, d'accord en cela avec M. Cazeaux, a porté la question devant l'Association du département de la Seine, qui a décidé qu'elle assisterait M. Cazeaux devant la justice et dans toutes les conséquences qu'un procès peut entraîner. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette affaire.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES INDICATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE CHEZ LES VIEILLARDS.

(Suite et fin) (1).

Les révulsifs sur la peau ont une grande importance dans le traitement de la congestion cérébrale. Dans les congestions lentes et chroniques, on fera des frictions stimulantes sur les extrémités, sur la région lombaire, en ayant soin de ne pas remonter au delà des dernières vertèbres dorsales. Mais, dans les congestions aiguës, on s'abstiendra de ce moyen, qui peut déterminer une stimulation trop vive, et réagir ainsi sur le cerveau. On se contentera de sinapismes, avec la précaution toutefois de ne pas les laisser trop longtemps à la même place.

La facilité avec laquelle la peau des vieillards, pourvue d'une si faible vitalité, s'escarrifie, exige de grandes précautions à ce sujet. Nous avons vu souvent succéder à ces bulles, que soulève le contact de sinapismes trop actifs, des plaies douloureuses, suppurantes, et qui ne nous ont pas toujours paru étrangères à l'issue fatale de quelques maladies cérébrales. On évitera que la moutarde se trouve en contact avec les orteils eux-mêmes, dont la peau, amincie et tendue sur les articulations phalangiennes, laisse, avec une extrême facilité, son épiderme se détacher. On se gardera surtout de placer les sinapismes sur la plante des pieds. C'est surtout aux talons que nous avons vu se former de ces escarres interminables, dont la pression incessante du lit empêche la cicatrisation, et qui arrivent à constituer ainsi une complication fort grave. Ce qu'il faut surtout, c'est prolonger l'action des sinapismes, en les promenant de place en place et en y revenant à de fréquentes reprises.

La difficulté avec laquelle ces sortes de plaies guérissent fait que nous ne saurions conseiller les applications de linges ou de marteaux trempés dans l'eau bouillante, moyen énergique de révulsion qui, dans d'autres circonstances, peut rendre de grands services.

Sans que l'on doive précisément y renoncer d'une manière absolue, les pédiluves sinapisés ou aiguisés avec de l'eau de lessive, de l'acide hydrochlorique, etc., nous paraissent devoir être presque toujours remplacés par des sinapismes, chez les vieillards. Outre qu'ils nous ont

(1) Voir la livraison du 30 octobre, pag. 337.

semblé n'avoir pas, en général, une action considérable chez les individus d'un âge avancé, ils ont souvent l'inconvénient de favoriser la dilatation variqueuse des veines, la disposition à l'œdème, que présentent si communément les membres inférieurs des vieillards.

On voit souvent prescrire l'établissement de vésicatoires ou de cautères à demeure, chez des vieillards sujets aux congestions cérébrales. Nous ne saurions approuver cette pratique en dehors des cas spécifiés plus haut, où il s'agit de suppléer à une suppuration ou à une irritation habituelle et supprimée. Si ces exutoires suppurent faiblement, ils ne font qu'entretenir une irritation douloureuse, plutôt excitante pour l'ensemble du système que salutaire : s'ils suppurent abondamment, ils affaiblissent des individus qui ne réparent pas aisément; et lorsque, par une cause quelconque, ils viennent à se tarir, ils engendrent par cela seul une condition essentiellement nuisible. Que de fois n'avons-nous pas vu appliquer un second, un troisième vésicatoire ou cautère, aussi stérile que le précédent, uniquement pour suppléer à la suppuration tarie d'un premier exutoire!

On emploie encore les vésicatoires dans les cas aigus, et si ce n'est dans les coups de sang rapides, dans lesquels la partie active du traitement n'a guère à dépasser la courte durée des accidents, du moins dans les congestions qui se prolongent; ou à cette période de début des apoplexies, où le diagnostic flotte indécis à peu près entre toutes les altérations que nous avons précédemment étudiées.

Eh bien, nous devons déclarer que, sans les proscrire d'une manière absolue, comme l'ont fait Baglivi et Stoll, nous ne sommes pas partisan des vésicatoires, dans les cas de ce genre.

Ici nous devons rappeler la tendance du derme des vieillards à se mortifier, et la difficulté avec laquelle il se cicatrise, lorsqu'une fois il est entamé ou seulement dénudé par une plaie. Ces suites fâcheuses seront d'autant plus à craindre que le vésicatoire se trouvera dans des conditions de siége plus défavorables elles-mêmes : ainsi aux cuisses, où l'écoulement des urines, peut-être même des matières fécales, dû soit à l'état cérébral, soit au grand âge, peut venir, quelques précautions que l'on prenne, souiller les linges; aux jambes, où le frottement des deux membres l'un contre l'autre, la pression du lit, ne peuvent être évités entièrement. Quant à cette dernière circonstance, nous recommandons expressément de ne jamais placer ces exutoires en plein sur le mollet, mais bien à la partie interne des jambes.

A la nuque, ce sont des difficultés d'un autre genre, relatives au pansement d'individus privés de connaissance ou au moins de l'intégrité des mouvements; à la nécessité d'entourer le cou d'un bandage

qui, pour servir à quelque chose, gênera quelque peu la circulation, sinon la respiration.

Enfin, l'emploi des cantharides doit toujours être évité, ou atténué autant que possible par les moyens connus, chez des individus disposés, par leur âge ou leur maladie, aux affections catarrhales des voies urinaires, à la stagnation de l'urine dans ses réservoirs.

Voici un exposé des inconvénients des vésicatoires. Il signifie au moins qu'il ne faut pas en faire abus chez les vieillards. Ont-ils, d'un autre côté, une efficacité réelle et qui soit de nature à compenser ces inconvénients? Nous n'en sommes pas assuré, et, dans le plus grand nombre des cas où nous les avons employés ou vu employer, nous n'oserions affirmer qu'ils aient eu une part dans les résultats obtenus. Les vésicatoires à la nuque, dans le cas de congestion simple, ne nous paraissent pas indiqués au début. Théoriquement, ils nous semblent plutôt propres à entretenir l'hypérémie; en fait, nous ne leur avons reconnu aucun avantage. De larges vésicatoires aux cuisses, laissés pendant dix ou douze heures seulement, de manière à ne produire qu'une vésication incomplète, mais une action plus profonde et plus prolongée que des sinapismes, nous ont paru plus réellement efficaces. Cependant, si la congestion semblait tendre à passer à l'état séreux, on n'hésiterait pas à recourir au vésicatoire à la nuque; mais il y a bien peu de chances alors de réussir par un moyen quelconque.

Les révulsifs sur le canal intestinal peuvent être mis au nombre des moyens thérapeutiques les plus actifs et les plus à recommander dans le traitement des congestions cérébrales chez les vieillards. Ce sont alors les plus propres ou à remplacer les émissions sanguines, ou à suppléer à l'extrême réserve que leur emploi commande.

Nous avons à nous occuper ici des vomitifs, des purgatifs et des lavements purgatifs.

Les vomitifs ne sont guère indiqués dans la congestion cérébrale que si l'état de la poitrine est de nature à en solliciter l'emploi.

Ainsi, il peut arriver qu'à la suite d'une attaque apoplectique, et par l'effet de l'inertie dont sont frappés une partie des muscles respiratoires et de l'obtusion dont se trouve atteinte la sensation du besoin de tousser et d'expectorer, les bronches se remplissent rapidement chez les individus atteints de bronchorrhée. Alors on voit la respiration devenir haletante, stertoreuse, une écume blanche et très-aérée se montrer à chaque expiration aux lèvres et aux narines, et menacer les malades d'asphyxie. Il ne faut pas, dans une telle circonstance, hésiter à employer l'émétique.

Hors cela ou l'apparition de symptômes d'embarras gastrique dans

le cours de congestions chroniques, ce dont nous reparlerons tout à l'heure, nous ne voyons pas de raison d'employer les vomitifs dans la congestion cérébrale.

Une question pratique des plus délicates est celle-ci : Lorsqu'un individu est frappé d'une attaque d'apoplexie aussitôt après avoir mangé, convient-il de le faire vomir? Sous un point de vue purement physiologique, il semble qu'il ne puisse y avoir que de l'avantage à débarrasser l'estomac des aliments qui le remplissent, et l'économie du travail de la digestion, dont le retentissement sur le système nerveux ne saurait être sans danger. Quelques médecins ont, en effet, donné ce conseil, que l'on trouve aussi dans Celse : *Post cœnam, utilis vomitus est.* Bosquillon trouve les vomitifs préférables aux purgatifs, pour la rapidité de leur action, et il affirme qu'il ne leur a jamais reconnu d'inconvénients. « Dans toutes les apoplexies que j'ai eu occasion de traiter, dit-il, j'ai uni les vomitifs à grandes doses aux purgatifs, et les malades ont *communément* guéri *toutes les fois* (*sic*) qu'il s'en est suivi une évacuation abondante par haut et par bas. »

Mais n'est-il pas à craindre que le fait du vomissement n'augmente immédiatement la fluxion vers la tête? Morgagni, tout préoccupé du fait de la déchirure de la substance cérébrale dans l'hémorrhagie, proscrit absolument cette pratique. D'un autre côté, un certain nombre de faits observés par Laënnec, M. Magendie et M. Rayer, montrent que, à la suite des apoplexies, l'estomac présente souvent une *tolérance paralytique* qui ne permet d'obtenir le vomissement d'aucune dose de tartre stibié. Nous croyons prudent, en effet, de s'abstenir de toute tentative de ce genre, hormis un cas, celui où surviennent des vomissements alimentaires. Il nous semble alors qu'il ne peut y avoir que de l'avantage à aider à la tendance expultrice de l'estomac, et à la compléter en faisant prendre une faible dose de tartre stibié, 5 centigrammes dans un verre d'eau.

Il n'en est pas de même des purgatifs. On peut établir en règle générale que les vieillards atteints d'affections congestives cérébrales tolèrent avec une facilité toute particulière les drastiques les plus énergiques.

Une des premières indications à remplir, dans le traitement de la congestion cérébrale, est d'obtenir des selles, tant pour débarrasser le canal intestinal, que l'on doit toujours présumer plus ou moins atteint de constipation, chez les vieillards, que pour stimuler la muqueuse intestinale et y déterminer une supersécrétion révulsive et déplétive.

Dans les congestions chroniques, on aura recours, suivant les circonstances, tantôt aux purgatifs salins répétés, lesquels, par les sé-

crétions séreuses qu'ils déterminent, se rapprochent en quelque chose des émissions sanguines ; tantôt aux aloétiques, qui portent leur action sur l'extrémité inférieure du canal digestif, et tendent à y développer les vaisseaux hémorrhoïdaux; tantôt aux drastiques, qui agissent surtout comme irritants sur la muqueuse, et déterminent des supersécrétions bilieuses et muqueuses. Van-Swieten recommande les purgatifs énergiques : *Valida autem laudantur purgantia, ut certum effectum præstent, et copiam magnam evacuent.*

Le mode d'emploi de ces médicaments ne saurait être le même dans tous les cas. Si l'on préfère les purgatifs salins, on pourra y revenir à des époques périodiques. Nous prescrivons souvent une bouteille d'eau de Sedlitz, ou du tartrate de soude dans du bouillon aux herbes, plus agréable à prendre que l'eau de Sedlitz, tous les quinze jours, chez les individus disposés aux congestions cérébrales.

L'aloès peut être pris d'une manière continue, à la dose de 5 ou 10 centigrammes par jour, dans la soupe, à dîner, ou bien en se couchant, combiné, dans des pilules, à des drastiques à petites doses.

Quant aux drastiques eux-mêmes, on ne peut guère y avoir recours que dans des occasions éloignées, ou bien lorsqu'il s'agit de combattre des accidents graves et déterminés.

Les lavements purgatifs sont surtout utiles pour débarrasser le gros intestin avant que les purgatifs aient eu le temps d'agir, et pour y attirer une irritation révulsive. Ils peuvent être employés même chez un individu privé de connaissance. Dans ce cas, il ne faut pas craindre de les rendre très-énergiques ; il n'y a pas à se préoccuper alors de la crainte qu'ils déterminent des coliques.

Nous avons parlé déjà de l'application de sangsues à l'anus, de l'emploi des lavements purgatifs et des purgatifs ; nous en avons parlé comme rentrant dans la médication révulsive ou déplétive. Nous aurons à y revenir ici sous un autre point de vue.

Des moyens identiques peuvent satisfaire à des indications différentes. Il est indispensable de les envisager sous tous ces rapports; car si l'on ne reconnaît pas une raison donnée de les employer, on en pourra découvrir une autre.

Nous avons dit que les purgatifs employés en lavements, ou par l'estomac, n'avaient pas seulement pour objet de stimuler la muqueuse intestinale et d'y accroître la somme des produits sécrétés ; ils ont d'abord pour résultat de débarrasser le canal intestinal des matières qui peuvent l'obstruer. Les intestins des vieillards contiennent presque toujours de ces matières que l'on rencontre à l'autopsie, ou bien dans les garderobes, sous forme de fragments durs, secs, bruns, dont le

séjour dans le cœcum pourrait, suivant M. Osborne, se mesurer jusqu'à un certain point au degré de leur teinte foncée.

La présence de ces matières dans l'intestin paraît se lier d'une façon très-directe avec la manière dont se fait la circulation abdominale, et par suite la circulation générale, et celle de la tête en particulier. Les médecins allemands insistent beaucoup sur la pléthore veineuse abdominale, chez les vieillards. Cela se rattache à un ordre de phénomènes physiologiques et pathologiques dont on retrouve peu d'indications dans les auteurs français, parce qu'ils ne révèlent guère de ces apparences claires et déterminées, que ces auteurs exigent en général pour donner place à une description dans leurs ouvrages. Mais il n'y en a pas moins là quelque chose de vrai, et dont il faut se préoccuper dans la pratique.

Beaucoup de vieillards offrent de prétendus symptômes d'obstruction, sans aucune lésion organique réelle des organes abdominaux. Mais il y a un état torpide des fonctions abdominales en général, et de la circulation en particulier. L'amoindrissement des sécrétions intestinales, de la sécrétion biliaire, l'affaiblissement du mouvement péristaltique des intestins, les engorgements hémorrhoïdaux, le ralentissement de la circulation veineuse que doit occasionner la dilatation veineuse, ordinaire, des membres abdominaux, la stase veineuse abdominale que les autopsies de vieillards révèlent bien plus constamment et à un plus haut degré que celles d'adultes ; enfin, le bien-être, le sentiment de liberté, l'amendement dans les symptômes cérébraux que détermine souvent la seule issue de ces matières amassées ; tout cela est en rapport avec l'idée de la pléthore veineuse abdominale.

C'est donc pour satisfaire aux indications qui en résultent, que souvent les sangsues à l'anus, les lavements purgatifs, et même les purgatifs seront prescrits dans la congestion cérébrale.

Les vieillards présentent souvent un état d'embarras gastrique, caractérisé par l'anorexie, un enduit limoneux, épais de la langue, la pâleur de toute la muqueuse buccale, le redoublement de la constipation, et l'apathie. On rencontre surtout cet état d'embarras gastrique fréquemment uni aux affections thoraciques, catarrhales. On se gardera de le négliger chez les individus menacés de congestion cérébrale.

C'est alors qu'il ne faudra pas craindre de prescrire l'ipéca uni au tartre stibié, ou bien des purgatifs salins, suivis de quelques toniques amers, quinquina, colombo, vins généreux.

L'état d'atonie de l'appareil digestif, si commun chez les vieillards, est particulièrement à craindre, s'il existe une disposition aux congestions cérébrales : rien n'est plus propre à rendre mortelles les at-

teintes de la congestion elle-même, lorsqu'elle vient à éclater, ou ses suites. On traitera cette atonie de l'appareil digestif par des moyens appropriés, et dont nous ferons l'énumération ailleurs.

Les fonctions des reins seront surveillées avec soin ; c'est une mauvaise condition quand, chez un vieillard menacé de congestion cérébrale, on voit tout à coup la sécrétion urinaire s'amoindrir. Il faut alors recourir aux stimulants spéciaux de cette fonction, les tisanes diurétiques, le nitre, les résineux. Lorsque des accidents apoplectiques ou autres ont apparu, il est d'une grande importance de s'assurer si l'urine ne s'accumule pas dans la vessie paralysée. L'écoulement incessant de l'urine, par regorgement, peut simuler une simple incontinence ; Morgagni a cité plusieurs exemples de semblables méprises commises chez des femmes comme chez des hommes. La percussion de l'hypogastre tient facilement au courant du degré de réplétion de la vessie. Du moment où l'on n'a pas la certitude qu'elle se vide complétement, il faut pratiquer le cathétérisme. L'écoulement de l'urine par regorgement se reconnaît du reste à ce qu'il est à peu près incessant, tandis que, dans la simple incontinence, il n'a lieu que par moments. Le docteur Vanden Broeck réussit souvent à remplacer le cathétérisme par l'application de grandes ventouses à la partie supérieure et interne des cuisses (1).

Mais c'est surtout des fonctions de la peau qu'on devra se préoccuper. Il est certain qu'il est de ces vieillards très-âgés, ou très-décrépits, sans être fort âgés, chez qui la peau est atrophiée et présente un abaissement extrême de sa vitalité. Il est fort difficile, si l'on veut nous permettre une expression un peu triviale, de faire quelque chose de la peau de ces vieillards. Mais chez ceux dont la peau fonctionne encore, on devra surtout s'en occuper dans ce sens. On s'enquerra avec soin si la nuit ils conservent un peu de moiteur aux aisselles, aux aines. On reconnaîtra si au moins elle offre, à la chaleur du lit, un peu de cette souplesse, qui annonce que la transpiration insensible s'effectue.

La dessiccation de la peau chez ces vieillards s'accompagne presque toujours d'un refroidissement particulier. On recourra alors aux frictions stimulantes dont nous avons déjà parlé, comme révulsives. La sécheresse de la peau tient souvent à la facilité avec laquelle elle s'encrasse chez les vieillards : on la trouve alors rugueuse, grisâtre ; les soins de la toilette ne suffisent pas, quelque minutieux qu'ils puissent être (et ils tendent toujours à se simplifier avec l'âge), pour combattre cette disposition particulière ; les frictions ne peuvent être assez gé-

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1848, t. XXXVIII, p. 78.

néralisées. C'est alors que des bains tièdes pourront être très-utilement employés ; on les fera prendre un peu chauds, de courte durée, en même temps, s'il le faut, que des applications fraîches sur la tête, et aussi près que possible du lit, où le malade sera immédiatement replacé et soigneusement recouvert. Des frictions savonneuses pendant la durée du bain en compléteront l'effet. On n'a pas assez souvent recours, chez les vieillards, à ces simples pratiques, hygiéniques autant que thérapeutiques.

Nous avons signalé plus haut le danger qui paraît résulter de la suppression de flux bronchiques considérables. Nous devons y revenir ici, en considérant jusqu'à un certain point le flux catarrhal comme une fonction constituée par l'habitude au moins. Nous ne parlons plus ici de ces flux abondants, bronchorrhéiques, mais de la simple expectoration familière aux vieillards ; aussi ne saurions-nous trop recommander aux médecins qui donnent des conseils aux vieillards, de répéter souvent cette question : Crachez-vous toujours? Si cette expectoration se ralentit, les antimoniaux, les vapeurs stimulantes, les inhalations de goudron, les boissons chaudes seront recommandés.

Lors des accidents de congestion cérébrale, la tête sera tenue élevée et découverte, l'air circulant librement autour du malade. Morgagni a insisté sur la nécessité d'avoir égard à l'influence de la pesanteur dans les maladies congestives de l'encéphale, et Rochoux a reproduit les mêmes recommandations.

Il importe que des préceptes analogues soient suivis par les individus disposés aux congestions cérébrales, et que le médecin entre à ce sujet dans de grands détails sur leur manière de vivre. Le dégarnissement naturel de la tête ne permet guère aux vieillards de demeurer habituellement la tête découverte ; mais au moins éviteront-ils les coiffures lourdes et épaisses ; point de surcharge de coiffure, la nuit surtout.

Il est dans l'habitude des gens âgés, même de ceux qui sont dans l'aisance, de vivre dans la chambre où ils couchent. La viciation de l'air, la difficulté de le renouveler l'hiver, la chalcur occasionnée par un foyer incessamment entretenu, font qu'autant que possible il faut obtenir des vieillards menacés de congestion cérébrale de ne pas habiter pendant le jour la chambre où ils couchent. Les alcôves, les rideaux épais, tout ce qui peut empêcher l'air de circuler librement, sera évité.

Rapprochons de ces préceptes hygiéniques la nécessité de faire le plus d'exercice possible, à pied ou en voiture, la vie enfermée, l'immobilité dans un fauteuil ne pouvant que favoriser toute disposition aux affections congestives de l'encéphale.

Chez les adultes pléthoriques, excitables, disposés aux congestions cérébrales, il est le plus souvent indiqué de recourir à un régime doux, délayant; d'éviter soigneusement tous les stimulants et même les toniques. Nous croyons qu'il y aurait des inconvénients sérieux à suivre les mêmes errements, même chez les vieillards qui se présentent dans des conditions analogues.

Il faudra sans doute exclure de leur régime tout ce qui pourrait porter vers le cerveau une stimulation directe ; mais il importe de ménager à l'organisme un degré de tonicité sans lequel toutes les fonctions sont frappées de langueur, la circulation s'énerve, et les hypérémies, dont la disposition n'en est pas écartée pour cela, tendent seulement à devenir passives, c'est-à-dire plus graves ou inévitables.

Il faudra donc continuer à ces vieillards un régime substantiel et l'usage du vin, que l'on défendrait à des adultes ; le café même, ordinairement indispensable quand il en existe une ancienne habitude, pourra être conseillé aux vieillards pâles, faibles, paresseux. Cependant les spiritueux, les vins d'Espagne et même de Bourgogne seront proscrits. Les vins de Bordeaux d'un certain âge sont les meilleurs pour les vieillards disposés aux congestions cérébrales. Nous en trouverons d'autres à qui les vins chauds du Midi conviennent davantage. Cependant il faut faire attention que les personnes très-adonnées à l'usage des spiritueux, que les vieux ivrognes surtout, ne peuvent pas impunément renoncer d'une manière absolue à leurs anciennes habitudes. Il y a ici une conduite fort délicate à tenir, et il faut savoir tolérer à ces individus, même menacés de congestion cérébrale, une certaine habitude de spiritueux ou de vins alcooliques, sans quoi l'on courrait risque de les voir, au premier accident, tomber dans l'atonie la plus complète et la plus irremédiable.

Ce qu'il faut craindre par-dessus tout, c'est la gourmandise des vieillards : nous nous servons de ce mot à dessein. On voit beaucoup de vieillards manger, comme des enfants, au delà de leur appétit, comme par défaut de conscience des inconvénients qui en peuvent résulter. Ce n'est plus alors l'intempérance sensuelle et recherchée d'autres époques. Ils mangent sans réflexion, sans appétit, mais aussi sans satiété. Ces vieillards gourmands s'endorment toujours après leur dîner. Il faut surveiller ce sommeil, si habituel même aux vieillards tempérants ; pris au coin du feu, dans une chambre à température élevée, dont l'atmosphère est peu renouvelée, il n'est jamais sans inconvénients, et ces inconvénients seront en raison directe de la quantité, non de la qualité des aliments pris.

Un dernier point est de surveiller l'exercice des fonctions céré-

brales. Ceci rentre dans l'hygiène philosophique des vieillards, dont l'excellent Reveillé-Parise a tracé les préceptes avec tant de complaisance. Ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur ce sujet. Signalons seulement le danger particulier des émotions tristes, ou même heureuses, chez les vieillards, pendant le travail de la digestion. Signalons surtout le péril qu'entraînent toutes les distractions érotiques chez les vieillards disposés aux congestions cérébrales. Nous ne parlons pas ici seulement des dangers sans nombre que l'accomplissement du coït entraîne, pour les individus arrivés à un âge où cette fonction exige, pour s'accomplir, non plus une excitation naturelle, mais des sollicitations artificielles formellement repoussées par l'hygiène, sans parler de considérations d'un autre genre.

On voit beaucoup de vieillards, se fiant en quelque sorte à leur impuissance même, se livrer avec des personnes d'un sexe différent, à des simulacres de jeux que leur imagination complaisante cherche à revêtir des apparences regrettées. Ces simples ressouvenirs d'habitudes auxquelles on a tant de peine (à ce qu'il paraît) à renoncer, ne sont pas aussi indifférents qu'on se l'imagine. Ces ombres d'émotions agissent proportionnellement sur ces organisations débiles et qui ne sont plus faites pour les ressentir, et c'est le système nerveux qui en subit d'abord l'atteinte. Il suffit de signaler ce sujet à l'attention et à la surveillance des praticiens, qui ne doivent pas craindre, au besoin, de pénétrer le plus avant possible dans les habitudes de leurs clients, et de les éclairer sur les dangers qu'ils courent. Ces habitudes sont trop artificielles pour ne pas céder à de salutaires conseils et surtout à des menaces légitimes.

Max. Durand-Fardel.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RÈGLES POUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME,

Par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le premier rapport de M. Robert, que nous avons mis en entier sous les yeux de nos lecteurs, a amené la Société de chirurgie à discuter les divers points qui se rattachent à l'emploi des anesthésiques. La discussion terminée, le savant rapporteur, dans un nouveau travail, après avoir discuté toutes les opinions contradictoires, a résumé l'état de la science à l'égard de cette importante question. Nous publions aujourd'hui la partie du Mémoire de M. Robert qui a trait à la pratique de la chloroformisation. Nos lecteurs verront que les règles recommandées par l'habile chirurgien ne s'écartent en rien de celles

que nous avons tracées, il y a plusieurs années déjà, au début de l'emploi du chloroforme. Nous laissons parler M. Robert.

Le chloroforme est le plus puissant des anesthésiques, et celui qui, à mon sens, doit prévaloir sur tous les autres. Son odeur est agréable ; il détermine moins d'excitation que l'éther. A part de rares exceptions, il ne manque pas de produire l'insensibilité dans un laps de temps assez court. Enfin, les phénomènes de réaction dont il est suivi sont ou nuls, ou de peu d'importance. Mais s'il est le plus puissant des anesthésiques, il en est aussi le plus dangereux. Que si, à cause de ses dangers, on voulait le bannir de la pratique, je répondrais qu'il l'emporte tellement sur les autres, qui présentent eux-mêmes de graves et et réels inconvénients, qu'en proposant de l'abandonner on s'attaquerait à l'existence même de l'anesthésie. Quant à celle-ci, nous le répéterons encore, elle est désormais acquise à la chirurgie, non-seulement parce qu'elle est presque indispensable à un certain nombre d'opérations, mais par ce fait seul qu'elle supprime la douleur. En conséquence, aujourd'hui on ne saurait plus poser cette question : faut-il renoncer à l'emploi du chloroforme ? Il nous semble qu'avec les éléments que possède la science, il faut tendre plutôt à en réglementer l'application. En soumettant l'emploi de cet agent aux mêmes lois que celui des modificateurs les plus actifs maniés tous les jours par le thérapeutiste, nous pourrons espérer peut-être de prévenir les malheurs dans l'immense majorité des cas.

La pureté du chloroforme est une condition toujours désirable de son emploi, et il est bon que les chirurgiens soient exercés à constater cette pureté (1). Cependant, nous pensons que M. Sédillot s'en est exagéré l'importance, et nous croyons devoir réfuter diverses assertions récemment émises par notre éminent collègue dans la lettre qu'il a adressée à la Société de chirurgie. M. Sédillot considère comme une preuve de la mauvaise qualité du chloroforme la propriété qu'il a de produire la vésication. Mais c'est un fait aujourd'hui bien constaté que le chloroforme, quelle que soit sa pureté, détermine par son appli-

(1) Le chloroforme, quand il est pur, doit dégager une odeur agréable ; lorsqu'on en verse quelques gouttes sur le creux de la main, il doit se volatiliser rapidement, sans laisser après lui l'odeur particulière et nauséabonde due à l'huile chlorée, moins volatile que lui. Si l'on en verse une goutte dans l'eau, elle doit se précipiter entière au fond du vase, en conservant sa limpidité. A ce caractère, on reconnaît que le chloroforme ne contient pas d'alcool. Enfin, en le mêlant à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement ; lorsqu'il contient un peu d'huile chlorée, il prend une teinte jaunâtre par ce réactif.

cation sur la peau une sensation de brûlure, la rubéfaction, et souvent même des phlyctènes, lorsque ce contact est prolongé. C'est même un moyen que nous employons quelquefois pour établir une vésication extemporanée.

MM. Mialhe et Soubeiran ont signalé comme pouvant altérer la pureté du chloroforne la présence d'une huile chlorée, dont ils ont décrit les propriétés. M. Sédillot ayant déclaré, d'après M. Simpson, que cette huile était toxique, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux, m'en procurer d'assez grandes quantités et l'essayer sur des chiens. Le seul effet que j'aie pu en obtenir, malgré une inhalation très-prolongée, a été une espèce de torpeur analogue à celle de l'ivresse. Je ne pense donc pas que cette substance puisse ajouter à la propriété délétère du chloroforme. Notre collègue avance que le chloroforme le plus pur est susceptible de dégager du chlore lorsqu'il est conservé longtemps, et il regarde cette circonstance comme pouvant amener des suites fâcheuses. Je crois qu'à cet égard il est encore dans l'erreur. M. Mialhe nous a montré récemment du chloroforme qu'il conservait depuis quatre ans ; l'odeur qu'il dégageait était franche, pure et sans mélange d'odeur de chlore. L'alcool, dit M. Sédillot, est très-fréquemment mêlé au chloroforme, et est une des causes les plus actives de la période d'excitation que présentent quelques malades. Nous lui répondrons, à cet égard, que M. Bigelow (de Boston) a pour pratique de mêler le chloroforme avec l'alcool, pour en rendre l'inhalation moins dangereuse. Or, nous ne sachons pas qu'il ait observé les effets nuisibles signalés par M. Sédillot.

Un de nos jeunes confrères d'Amérique, déjà connu par d'honorables travaux, M. le docteur Brown-Sequard, nous a récemment présenté un produit que M. Jackson a séparé du chloroforme, et qui paraît posséder des propriétés éminemment nuisibles. M. Brown nous a dit avoir fait périr instantanément un oiseau en lui en versant deux gouttes dans le bec. Le liquide porte le nom de *fusel-oil*. Il dégage, au premier abord, une odeur agréable ; mais il fait bientôt éprouver à la gorge une sensation d'âcreté et de constriction suivie de serrement dans les tempes et de céphalalgie. Nous l'avons essayé sur un chien ; mais nous n'avons pu, après vingt minutes d'inhalation, obtenir qu'un état d'ivresse avec abattement. M. Brown pense que dans la traversée ce liquide a pu s'altérer. Cette substance n'est autre que l'huile de pommes de terre, ou fusel-oil des Allemands, observée d'abord par Scheele dans l'eau-de-vie de pommes de terre, puis décrite par M. Liebig en 1840 (Traité de chimie organique, t. I, p. 593), d'après MM. Dumas et Cahours.

Cette circonstance nous porte à croire que le chloroforme d'où cette huile a été extraite a dû être préparé soit avec de l'eau-de-vie de pommes de terre, soit avec quelque autre alcool ayant de l'analogie avec ce dernier.

Après avoir étudié l'influence que la qualité du chloroforme peut exercer sur ses effets, cherchons à établir, s'il est possible, dans quelles proportions il convient de le donner.

Ainsi que nous l'avons dit, le mode même d'administration de ce liquide exclut la possibilité d'en établir le dosage ; et d'ailleurs, ce dernier fût-il possible, il faudrait encore se prémunir contre les cas exceptionnels où de très-petites doses produisent de graves résultats. Il faut donc, au début de l'inhalation surtout, le mélanger à l'air dans de très-faibles proportions, augmenter celle-ci par degrés insensibles, et ne parvenir à des doses plus fortes que dans le cas d'insuffisance des premières, en en observant attentivement les effets produits. C'est là le seul critérium qu'il soit possible d'indiquer au praticien. Il ne faut pas oublier qu'en général le danger dépend moins de la quantité absolue de chloroforme inhalée que de la quantité absorbée dans un temps donné, c'est-à-dire que de la concentration de la vapeur anesthésique.

M. Bigelow (de Boston), dans l'intention d'atténuer l'activité du chloroforme, a conseillé de le mêler avec parties égales d'alcool. Nous avons essayé cette préparation, mais elle nous a paru présenter l'inconvénient que voici : le chloroforme, à raison de sa volatilité de beaucoup supérieure à celle de l'alcool, dégage d'abord ses vapeurs en quantité presque aussi grande que s'il était pur, puis bientôt il ne reste plus dans l'appareil que de l'alcool. On a ainsi le double désavantage de courir, au début, tous les dangers de la concentration du chloroforme, et de n'obtenir ensuite que des vapeurs qui, presque entièrement constituées par de l'alcool, n'ont plus le pouvoir de produire ou même d'entretenir l'anesthésie.

M. Nunneley s'était proposé le même but en mélangeant le chloroforme avec l'éther chlorique, et il pensait avoir obtenu un anesthésique peu dangereux et digne d'être essayé chez l'homme ; mais il s'est borné à cette indication.

Tout récemment, M. Cellarier a associé le chloroforme à l'éther sulfurique. Quelques essais faits sur les animaux lui ont paru assez satisfaisants pour qu'il ait donné le conseil d'employer chez l'homme cet éthéro-chloroforme, comme il l'appelle. Les essais cliniques que nous en avons faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il nous soit permis de le juger définitivement ; toutefois, nous devons dire que nos premières

impressions lui ont été très-favorables. L'anesthésie s'obtient assez lentement; la période d'excitation est modérée, et le réveil accompagné de moins d'abattement que lorsqu'on emploie le chloroforme.

Le choix de l'appareil destiné à administrer les vapeurs du chloroforme est, comme on le pense, un point important dans la pratique de l'anesthésie. Mon intention n'est pas de faire connaître ici les nombreux moyens mis en usage. Compresse jetée au-devant du visage, et sur laquelle on verse le chloroforme par gouttes; éponge creuse, d'après le procédé de M. Simpson; gâteau de charpie entouré d'une compresse ou d'un morceau de papier roulé en cône, dont la base puisse embrasser les ouvertures bucco-nasales, etc., tels sont les appareils qui, à cause de leur simplicité, ont prévalu jusqu'à ce jour. Mais, pour peu qu'on y réfléchisse, il est facile de voir que tous ces moyens pèchent par cette simplicité même, et qu'aucun d'eux n'offre les conditions désirables de sécurité. C'est surtout avec eux qu'on a à redouter la concentration des vapeurs anesthésiques et les obstacles au libre accès de l'air dans les voies respiratoires. Sans doute, entre des mains habiles, des procédés défectueux peuvent offrir peu d'inconvénients; mais, comme en semblable matière on ne saurait mettre trop de chances favorables de son côté, nous croyons utile de rechercher d'abord quelles doivent être les conditions requises pour la confection de bons appareils d'inhalation, puis nous passerons en revue ceux qui nous paraissent les plus avantageux.

Suivant nous, ces conditions sont au nombre de quatre :

1° L'appareil doit être disposé de manière à livrer à l'air un passage large et constamment facile.

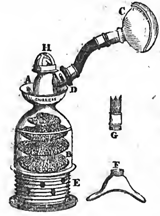
2° Cet air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que la portion d'air inspiré doit être immédiatement rejetée en dehors.

3° L'opérateur doit pouvoir à son gré, et selon les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques.

4° La vapeur du chloroforme doit être aspirée à la fois par les narines et par la bouche.

Le procédé qui consiste à pratiquer l'inhalation par les narines seules nous paraît défectueux en ce qu'il ne laisse pas à l'air une voie assez large, lorsque l'agitation du malade nécessite une respiration plus profonde et plus fréquente. Enfin, les appareils destinés à ne s'appliquer que sur la bouche sont dangereux, parce qu'on observe assez souvent, au début de la période d'excitation, un resserrement convulsif des mâchoires et des lèvres qui interdit alors tout passage à l'air et ne manquerait pas d'amener l'asphyxie si le chirurgien n'y prenait garde.

De tous les appareils connus, le plus simple et celui qui remplit le mieux les conditions que je viens d'indiquer est sans contredit celui que M. Charrière a imaginé. Le petit récipient d'étain qui en forme la base contient un diaphragme spiroïde en tricot de coton B, offrant à l'évaporation du chloroforme une assez large surface. Il est percé à sa partie inférieure de deux rangées de trous E qui laissent pénétrer l'air de bas en haut. Il est surmonté de deux soupapes sphériques en liége H, destinées à intercepter alternativement l'aspiration et l'expiration. Le tuyau de caoutchouc qui conduit la vapeur atmosphérique est muni d'une bague mobile D qui permet à l'opérateur d'y faire pénétrer à volonté une plus ou moins grande quantité d'air atmosphérique. Enfin, l'appareil primitif offrait une embouchure qui n'embrassait que l'ouverture buccale F, les narines étant fermées par un *pince-nez*. J'ai fait disparaître cet inconvénient au moyen d'un pavillon plus large C, qui emprisonne à la fois la bouche et les narines.



Quelques autres appareils plus ou moins analogues à celui-ci ont été proposés, mais plus compliqués et d'un emploi moins facile. Le seul dont nous croyions devoir dire quelques mots est celui du docteur Snow. Il se distingue surtout des autres par un double fond qui renferme le réservoir du chloroforme, et dans lequel on place de l'eau à 60° Farenheit ou 15° 1/2 centigrades. Le but de l'auteur est sans doute de maintenir le chloroforme à une température constante pour que la tension de la vapeur ne varie pas; mais cette modification me semble complétement inutile, attendu que la température des chambres de malades étant à peu près celle que nous venons d'indiquer, l'appareil se trouve en général, par cela même, dans un milieu possédant la température regardée par M. Snow comme la plus convenable.

Il est bon de ne pas employer à la fois de trop grandes quantités de chloroforme. Pour éviter toute erreur à cet égard, nous avons ajouté à l'appareil de M. Charrière de petites mesures pouvant contenir de 1 à 4 grammes de liquide.

Nous venons d'examiner les conditions que doivent offrir le liquide anesthésique et l'appareil destiné à l'administrer, voyons celles dans lesquelles doit se trouver le malade lui-même.

Et d'abord, tous les âges peuvent-ils indistinctement supporter l'éthérisation? La susceptibilité excessive que montrent les enfants à l'endroit de certains médicaments actifs, et de l'opium en particulier, pouvait faire redouter *à priori* l'emploi du chloroforme dans le jeune âge. Cependant l'expérience spéciale de deux de nos collègues a montré combien ces craintes étaient peu fondées. M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés, l'a employé sans inconvénient à partir du quatrième jour après la naissance, surtout pour constater l'état de la cornée chez les nouveau-nés affectés d'ophthalmie purulente, et ne pas s'exposer à vider l'œil en luttant contre le spasme des paupières. M. Morel administre ce liquide à l'aide d'une petite éponge-godet. Le chloroforme est jeté dans le fond de la cavité de cette éponge renversée sur son sommet; puis, dans cette position, celle-ci est pressée avec la main, afin que le liquide l'imbibe surtout vers son sommet et laisse à sec le rebord de sa base destiné à s'appuyer sur la peau. On évite ainsi l'irritation des lèvres et des narines recouvertes de téguments si susceptibles à cet âge.

M. Morel-Lavallée commença par de très-petites doses, puis bientôt il arriva à des doses au moins aussi considérables que chez l'adulte. Ce résultat, qui paraît inadmissible de prime abord, s'explique cependant très-simplement. L'enfant souvent, après avoir fait une ou deux aspirations de vapeurs chloroformiques avec une sorte d'avidité, les refuse ensuite obstinément; il ferme la bouche, s'agite, et la respiration semble suspendue tant que l'éponge reste sur la bouche et les narines. Il faut saisir l'instant où, l'éponge enlevée, il pousse des cris, pour la réappliquer pendant les inspirations. De cette façon, la perte d'une grande quantité de vapeur anesthésique est inévitable, et celle qui est aspirée, ne l'étant pas d'une manière continue, agit plus lentement. La durée de la chloroformisation varie d'une à cinq minutes; elle est ordinairement de deux à trois minutes. Presque toujours l'écume vient à la bouche de l'enfant et très-promptement. Le pouls, que dans certains cas on ne peut pas suivre, à cause de la petitesse de la radiale, ne se modifie notablement que lorsque la respiration est comme suspendue; alors il devient petit et précipité.

L'expérience de notre collègue M. Guersant porte sur des enfants plus avancés en âge, et guère au-dessous de deux ans. Il emploie l'éthérisation non-seulement pour les opérations, mais encore pour l'exploration de certaines affections chirurgicales dont l'examen, très-douloureux, fait éprouver de la part des jeunes malades des difficultés qui, sans cet auxiliaire, demeureraient parfois insurmontables. L'appareil qu'il met en usage est celui de M. Charrière. Sans se laisser inti-

mider par la résistance et les cris de ces jeunes malades, toujours plus ou moins indociles, il applique résolument l'embouchure de l'inhalateur, et pratique l'éthérisation *hardiment* et presque *brutalement*, comme il dit. En général, il n'a pas remarqué de période d'agitation; trois ou quatre inspirations franches déterminent l'insensibilité (1).

Les vieillards présentent souvent du côté des organes de la respiration, de la circulation et du centre cérébro-spinal, des lésions qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme. Il faut, avant de les soumettre à l'anesthésie, explorer toujours minutieusement l'état anatomique et fonctionnel de ces différents organes. Du reste, à part ces contre-indications, que nous rencontrons également chez l'adulte, moins fréquemment il est vrai, les vieillards nous ont toujours paru supporter aussi bien l'éthérisation que les personnes dans la force de l'âge. Nous avons pu, il y a quelque temps, maintenir dans l'insensibilité, pendant plus d'une demi-heure, un vieillard de soixante-quatorze ans, vigoureux il est vrai, dont nous avons trépané le tibia pour en extraire des débris d'un vieux séquestre.

Quant aux adultes, sans acception de sexe ou de tempérament, ils peuvent tous être soumis à l'éthérisation, à part les rares exceptions que nous allons indiquer.

Les lésions matérielles bien constatées du cerveau nous paraissent, comme à tous les chirurgiens, une contre-indication formelle à l'emploi des anesthésiques, qui congestionnent toujours plus ou moins les centres nerveux. Mais les simples névroses, l'épilepsie, l'hystérie ne nous paraissent pas devoir être rangées à côté des lésions organiques.

(1) Nous regrettons que M. Robert n'ait pas songé à consigner dans son résumé les résultats de la pratique de la chloroformisation dans les hôpitaux de Lyon, dont nous avons rendu compte à la Société. Pendant que les cas de mort arrivés à l'Hôtel-Dieu de cette ville ont conduit les chirurgiens à abandonner le chloroforme pour l'éther, M. le professeur Bouchacourt, dans son service d'enfants à l'hôpital de la Charité, n'en a pas moins continué à se servir exclusivement du chloroforme, non-seulement pour les opérations, mais encore pour les pansements douloureux et l'examen des malades pusillanimes. Comme M. Guersant, il emploie exclusivement l'appareil de M. Charrière. Ces témoignages ont une grande importance; car, malgré notre assertion sur l'innocuité de l'emploi bien réglé de la chloroformisation chez les enfants (*Bulletin*, tome XXXVI, p. 59), nous avons vu M. le professeur Buisson, dans son savant *Traité de la méthode anesthésique*, ne pas hésiter à donner la préférence à l'éther. Les dangers du chloroforme résident moins dans l'agent que dans les mains qui l'administrent, même chez les enfants, nous n'hésitons pas à le répéter; aussi avons-nous profité de l'occasion qui nous était présentée d'établir cet enseignement, en provoquant les communications de nos collègues MM. Guersant et Morel-Lavallée.

(*Note du rédacteur en chef.*)

M. Guersant a souvent chloroformisé des épileptiques avec succès.

Les maladies organiques des poumons et du cœur offrent, aux yeux de la plupart des praticiens, des contre-indications plus précises encore. Nous sommes en partie de leur avis. Cependant nous croyons que lorsque ces lésions sont légères, telles qu'un emphysème peu prononcé, ou une bronchite chronique sans accumulation de liquide dans les bronches, elles ne doivent pas suffire pour nous arrêter; il faut seulement redoubler de précautions dans l'emploi du chloroforme, et se contenter surtout d'émousser la sensibilité, sans aller jusqu'à la résolution.

Les chirurgiens redoutent encore l'anesthésie dans les cas de maladie du cœur. Cette réserve est parfaitement légitime lorsqu'il s'agit d'une lésion avancée et apportant déjà un trouble manifeste dans la circulation; mais quand la maladie n'est encore qu'au début, je pense, avec M. Bikesteth et la plupart des chirurgiens anglais, que chez les sujets qui en sont atteints la frayeur de l'opération et la douleur sont encore plus à redouter que le chloroforme lui même. Je ne crois donc pas qu'il faille les priver des bienfaits de l'anesthésie, à la condition toutefois d'user des précautions les plus minutieuses.

Les causes accidentelles qui exercent sur l'économie une action dépressive, soit en s'adressant directement au système nerveux, soit en portant atteinte à la constitution ou à la quantité normale du sang, doivent être considérées comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme.

Parmi les circonstances qui agissent sur le système nerveux, nous mentionnerons l'état de commotion ou de stupeur qui accompagne certaines blessures, surtout par armes à feu, et la terreur qu'inspire l'approche des opérations. Presque tous les malades étant plus ou moins vivement impressionnés par la crainte de la douleur, on ne peut réellement les considérer comme incapables de supporter le chloroforme que lorsque cette crainte est poussée à un degré extrême. Et d'ailleurs, la garantie de l'insensibilité qu'ils peuvent espérer de l'emploi des anesthésiques ne contribue-t-elle pas à calmer leur moral et à placer ainsi leur système nerveux dans des conditions plus favorables?

Lorsque le sang est altéré par une trop grande diminution dans le nombre de ses globules ou dans ses autres éléments constitutifs, comme on le voit dans la chlorose, le scorbut, etc., ou que la quantité normale en est amoindrie par des hémorrhagies, les syncopes deviennent plus faciles, et l'on doit craindre les effets de l'anesthésie : aussi sera-t-il prudent de s'en abstenir dans une opération qui devra entraîner la perte

d'une grande quantité de sang, ou du moins n'y avoir recours qu'avec circonspection.

Comme nous l'avons dit dans notre précédent travail, l'emploi des anesthésiques peut avoir pour objet d'obtenir soit l'insensibilité, soit la résolution musculaire. On conçoit bien que les différences dans le but que le chirurgien se propose d'atteindre en entraîneront aussi dans les effets qu'il devra rechercher et dans la manière dont il aura à manier le chloroforme. Mais je ne me livrerai pas ici à l'étude de l'anesthésie appliquée aux diverses opérations, des rapports spéciaux devant vous être présentés prochainement à ce point de vue. Permettez-moi seulement de vous signaler quelques opérations qui, par la nature ou le siége des lésions qui les nécessitent, contre-indiquent l'usage du chloroforme.

L'étranglement des hernies est souvent accompagné d'une douleur spéciale, dépressive, accompagnée de faiblesse du pouls et même de syncope. On conçoit qu'alors les dangers de l'étranglement et de la thélotomie ne pourraient qu'être aggravés par l'anesthésie. Les faits, du reste, viennent à l'appui de mon opinion. Vous vous souvenez sans doute d'une observation de thélotomie faite dans les conditions que je viens de dire, observation qui vous fut présentée par M. Debron, et dans laquelle l'éthérisation fut accompagnée de plusieurs syncopes successives qui faillirent devenir mortelles.

Le lieu où se pratiquent certaines manœuvres entraîne des dangers d'un autre ordre, mais non moins redoutables. Je veux parler des opérations pratiquées sur les fosses nasales, la bouche, l'arrière-bouche et le pharynx. Le sang tombant alors dans les voies aériennes devenues insensibles, celles-ci ne peuvent plus réagir pour se débarrasser du liquide qui les obstrue, et l'asphyxie peut s'ensuivre promptement. Peu de temps après la découverte de l'éther, M. Velpeau fut ainsi sur le point de perdre un malade auquel il enlevait les amygdales. Pour la même raison, le chloroforme nous semble devoir être proscrit dans la trachéotomie. *(La fin à un prochain numéro.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES REMARQUES SUR LE MODE DE PRÉPARATION DU PERCHLORURE DE FER.

Il y a quelques mois encore, le mode de préparation du perchlorure de fer se trouvait consigné seulement dans les traités les plus com-

plets de pharmacie. En effet, ce sel ne pouvait servir qu'à la préparation de deux teintures peu employées en France, la teinture de fer muriaté et la teinture de Bestucheff.

Les recherches de M. Pravaz, en mettant en relief la propriété coagulante remarquable que possède le perchlorure de fer, ont appelé l'attention sur ce produit. Les expérimentations si nombreuses qu'elles ont suscitées, si elles ne permettent pas encore de se prononcer sur la valeur des ressources que cet agent promet à la pratique chirurgicale, suffisent toutefois pour réclamer une place, en faveur du perchlorure, parmi les agents utiles que la matière médicale met à notre disposition. En attendant que le moment soit venu de rassembler les faits cliniques, pour en juger la portée, nous croyons utile de revenir sur le meilleur mode à suivre pour la préparation du perchlorure de fer. Ce n'est pas seulement pour que les expérimentations ne pèchent point par leur base, à cause de la variabilité de l'agent employé, mais surtout afin de mettre les malades à l'abri des effets fâcheux des solutions ferriques trop concentrées.

A l'époque où M. le professeur Lallemand est venu faire part au monde médical des espérances que lui laissaient entrevoir les faits dont le regrettable Pravaz venait de le rendre témoin à Lyon, quelques grammes de perchlorure de fer gisaient au fond d'un flacon relégué dans un coin d'armoire. Encore fallait-il, pour rencontrer cet échantillon, s'adresser à un savant pharmacien. C'est là que nous avons trouvé la petite quantité qui a servi à nos premières expérimentations. Nous avons prié M. Mialhe de faire dissoudre les 20 grammes, qu'il mettait généreusement à notre disposition, dans 25 grammes d'eau, et c'est avec cette solution trouble (car le perchlorure sec n'est pas complétement soluble), marquant 34 degrés à l'aréomètre de Beaumé, que nous avons commencé nos essais.

Vers la fin de mai, en venant confier à la Société de chirurgie l'avenir de sa nouvelle méthode de coagulation du sang dans l'intérieur des tumeurs anévrysmales, M. Pravaz, afin de fournir à ses collègues tous les renseignements nécessaires aux expérimentations, leur transmettait une note de M. Burin du Buisson sur le mode suivi par ce chimiste pour la préparation du perchlorure de fer qui avait servi à ses expériences sur les animaux. Ce soin n'était pas inutile, car les procédés employés par la chimie, pour les produits d'études, ne sont pas toujours praticables lorsque les préparations doivent s'en faire en grand.

Le perchlorure de fer est un sel qui se conserve difficilement à l'état sec, et qui réclame alors des soins très-grands ; aussi, comme,

pour son emploi, il faut le faire dissoudre, mieux était de s'arrêter à un moment donné de sa préparation. Le tort de M. Burin du Buisson est de l'avoir fait un peu trop tôt, ainsi que nous allons le montrer tout à l'heure.

Ce mode particulier de préparation du perchlorure a dérouté tous les expérimentateurs. On ne pouvait formuler ses solutions comme d'habitude, tant d'eau, tant de sel; et il fallait déterminer le dosage du perchlorure par un procédé qui nous est peu familier, celui employé pour les substances liquides, c'est-à-dire le pesage par la densité. Or, à la difficulté de se procurer la préparation nouvelle en assez grande quantité, venait se joindre celle, plus grande encore, de formuler des solutions de densité différente, afin de varier les essais. De là, du vague dans les observations publiées; pas une, en effet, ne fait mention du degré de densité du liquide ferrique employé.

C'est ce doute qu'il importe de voir cesser, et qui nous engage à présenter quelques remarques sur ce côté de la question.

Nous n'avons pas à revenir sur le mode de préparation du perchlorure décrit par M. Burin du Buisson (*Bulletin*, tome XLIV, page 404). Le procédé employé par ce chimiste ne mérite pas la critique qu'en a faite M. Malgaigne dans la discussion devant l'Académie; le savant chirurgien, peu au courant des questions de chimie, s'est de beaucoup exagéré l'importance des observations qu'il a entendu faire par M. Soubeiran sur le mode suivi par M. Burin.

L'on sait que depuis le début des expérimentations des propriétés hémostatiques du perchlorure de fer, nous réclamons des solutions neutres; or, le savant pharmacien en chef de la pharmacie centrale reproche au chimiste de Lyon de ne pas nous avoir livré tout d'abord ces solutions dégagées de tout excès d'acide, et ce reproche lui paraît d'autant plus motivé qu'il n'y avait qu'à suivre le procédé décrit dans son Traité de pharmacie. M. Burin répondra qu'il est facile de saturer l'acide en excès en délayant dans le liquide une ou deux cuillerées d'hydrate ferrique; qu'en agitant de temps à autre le mélange, puis en le filtrant après deux ou trois heures de contact, on obtient une solution aussi neutre que possible. Mais pourquoi mettre les pharmaciens dans la nécessité de répéter cette manœuvre chaque fois qu'on leur demandera une solution hémostatique? Il suffit, pour s'en affranchir, de débarrasser la solution mère de tout l'acide qu'elle contient, en poussant l'évaporation du perchlorure jusqu'au moment où la préparation doit se figer par le refroidissement. Au point de vue pharmaceutique, c'est très-peu de chose, puisqu'il s'agit de prolonger l'opération d'une heure environ; mais, au point de vue des

tentatives thérapeutiques, c'est tout autre chose. Si, avec des préparations de perchlorure neutre et bien préparées, et présentant, *au plus*, 30 degrés de densité, le moindre accident d'inflammation des tissus se manifeste, il faut abandonner immédiatement le perchlorure, et chercher un agent coagulateur moins agressif ; jusque-là, nous réservons notre jugement, car il n'est pas une seule observation clinique valable à nos yeux.

La question pharmaceutique ayant, dans l'espèce, une aussi grande portée, nos lecteurs nous permettront de leur décrire le mode que M. Soubeiran a mis en œuvre pour la préparation du perchlorure, qu'il a bien voulu exécuter sous nos yeux et que nous destinons à de nouvelles expériences. Le savant professeur a commencé par faire dissoudre à chaud, dans un matras, de l'hydrate de fer dans l'acide chlorhydrique. L'hydrate doit être en excès. Le liquide filtré, il l'a versé dans une capsule de porcelaine, puis évaporé en grande partie sur un feu doux ; quand la liqueur a été concentrée, il a achevé l'évaporation en plaçant la capsule sur la cucurbite d'un alambic. Pour la réussite de l'opération, il est essentiel qu'aucune partie de vapeur ne circule autour de la capsule, car il se formerait de l'acide chlorhydrique et il se précipiterait du peroxyde de fer. Aussi, avant de placer sa capsule sur le bain-marie, M. Soubeiran a eu soin d'interposer un linge entre les bords de la cucurbite et le vase de porcelaine. La vapeur d'eau fournie par la cucurbite était portée au loin par un tube en plomb. Les choses ainsi disposées, M. Soubeiran a fait évaporer le liquide jusqu'à ce qu'il ne donnât plus sensiblement de vapeur et qu'une goutte de la dissolution placée sur une assiette se figeât par le refroidissement.

Le perchlorure de fer ainsi obtenu, ne contenant plus d'acide, ses solutions n'en peuvent présenter.

M. Burin du Buisson termine, lui, son opération lorsque le liquide présente la consistance d'un sirop épais. Le perchlorure tient alors une certaine quantité d'acide libre, que l'on retrouve dans toutes les solutions ; aussi nous n'hésitons pas à en proscrire l'emploi, malgré les succès obtenus à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le perchlorure est dissous dans un peu d'eau distillée, puis la solution est étendue graduellement jusqu'à ce qu'elle marque à l'aréomètre le degré désiré. M. Soubeiran a eu l'obligeance de nous préparer trois solutions : l'une à 45°, la seconde à 30°, la dernière à 15°. La première est exclusivement réservée pour les expériences sur les animaux ; c'est cette solution qui a fourni les résultats désastreux obtenus dans les hôpitaux de Paris, et que l'on a persisté à employer, malgré les aver-

tissements que nous avons donnés. La seconde est expérimentée par les chirurgiens de Lyon; mais je ne doute pas qu'une étude plus complète de la question n'amène à donner la préférence à la dernière. 30 gouttes d'une solution à 15 degrés ont suffi pour coaguler, en moins de dix minutes, toute la quantité de sang contenue entre deux ligatures placées sur la carotide d'un cheval à 10 centimètres de distance.

Nous n'hésitons pas à accorder plus d'importance encore à la dilution du perchlorure qu'à la saturation de l'acide en excès que peuvent contenir les solutions, et nous redouterions moins une injection avec une solution acide à 15°, qu'une avec un liquide neutre marquant 45°. Ajoutons, qu'ainsi que nous l'avons dit déjà au début de ces études, les solutions étendues coagulent le sang plus vite. M. Burdin, membre de l'Académie, et M. Amédée Latour, ont été témoins de ces faits. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES ET DES VARICES.

J'ai eu l'honneur d'adresser, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie de Paris, une lettre que vous connaissez, et dans laquelle j'annonçais que je venais d'appliquer la méthode de Pravaz pour le traitement des anévrysmes. — Cette lettre avait un autre but, c'était de prendre date et de m'assurer la priorité pour le traitement des varices à l'aide des injections par le perchlorure de fer; j'ajoutais, enfin, que quelques essais auxquels je m'étais livré me portaient à penser que le perchlorure de fer exerçait sur les plaies une action particulière, modifiait la suppuration, et me semblait destiné à mettre les opérés à l'abri de la résorption purulente.

La première opération de varices a été pratiquée publiquement dans mon service; M. Pétrequin l'avoue dans le mémoire qu'il a publié dans la Gazette médicale, sur les propriétés hémostatiques du perchlorure de fer et de manganèse; seulement, comme il passe légèrement sur la question de priorité, et que, d'un autre côté, il a reproduit, en se l'appropriant, ce que j'avais avancé au sujet de l'action du perchlorure de fer sur la marche de la cicatrisation, je suis bien aise, en passant, de revendiquer ce qui m'appartient. Si vous voulez bien remarquer avec quel empressement mon opération pour la cure radicale des varices a été répétée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, vous verrez que la précaution que j'ai prise n'était pas inutile.

Si j'ai cru devoir me hâter de prendre date, j'ai pensé que je ne devais pas me hâter de publier mes observations. La précipitation en pareille matière a ses inconvénients. Je désirais avoir des faits assez nombreux, je voulais suivre mes opérés un certain temps; je désirais, en un mot, multiplier mes expériences, me former une opinion sur la question des récidives, afin d'être en mesure de donner à mon travail une certaine valeur. Aujourd'hui que la question a été mise à l'ordre du jour par un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris, je crois qu'il est de mon devoir de publier mes observations, quelque peu nombreuses qu'elles soient. La méthode Pravaz n'a pas donné jusqu'ici des résultats très-satisfaisants, et il n'a pas été difficile à un critique aussi habile que M. Malgaigne de jeter de la défaveur sur une découverte que je persiste à regarder comme ayant un immense avenir. C'est une simple lettre que je vous écris, je ne veux donc pas entrer dans une discussion approfondie; mais cependant je ne puis pas ne pas manifester mon étonnement de voir un homme aussi partisan du progrès que M. Malgaigne, fulminer l'anathème contre une méthode dont les règles d'application n'ont pas été encore formulées. M. Malgaigne s'appuie, il est vrai, sur un certain nombre d'observations; mais leur lecture attentive laissera à tout esprit impartial cette conviction, que le plus souvent ce n'est pas à la méthode, mais à la mauvaise application de la méthode qu'il faut attribuer la plupart des insuccès que l'on a eu à déplorer. Dans un cas, le malade, affecté d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, n'avait évidemment, dit l'observation, que deux ou trois jours à vivre; on se sert d'une seringue d'Anel; on pousse dans la tumeur *7 grammes de perchlorure de fer* (de quel perchlorure de fer est-il question)? Le malade succombe, et on regarderait cette observation comme probante! A Dieu ne plaise que je veuille déverser le moindre blâme sur les chirurgiens qui ont tenté ces expériences!

Si j'ai été plus heureux, cela tient uniquement à ce que j'ai été guidé, à ce que j'ai eu un liquide bien préparé et présentant un degré de concentration convenable; à ce que j'ai eu, sur la puissance de coagulation du perchlorure de fer, des renseignements plus précis; à ce que j'ai pu, éclairé par des observations publiées, éviter certains écueils; ainsi, par exemple, cette observation malheureuse qui a eu un si douloureux retentissement, et dans laquelle il y a eu gangrène des bras ayant nécessité l'amputation. Ce résultat fâcheux prouve-t-il que la méthode de Pravaz, bien appliquée, expose à un pareil danger? Pas le moins du monde. Elle nous montre seulement qu'il faut interrompre pendant quelque temps la circulation dans l'anévrysme, afin de donner

au sang le temps de se coaguler, parce que, sans cette précaution, le perchlorure de fer est entraîné dans les petites artères, qui se trouvent bientôt oblitérées : encore une fois, je ne suis pas en mesure de discuter les faits publiés jusqu'ici, et n'ai d'autre but que de vous communiquer des observations consciencieusement prises et présentant un caractère d'authenticité propre à satisfaire les plus exigeants.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'appliquer la méthode Pravaz au traitement des anévrysmes. Voici l'histoire de cette opération.

Anévrysme du pli du coude. — Injection de perchlorure de fer. — Guérison complète sans accident.— Hugonnet (Louis-Etienne), ouvrier en soie, âgé de trente ans, demeurant côte Saint-Sébastien, n° 17, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juillet 1853 ; il est couché dans mon service, salle Saint-Louis, n° 35. Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur. Sa constitution est assez chétive. Au commencement de juin, M. le docteur X... pratique une saignée de bras. Je n'ai sur ce qui s'est passé au moment de cette petite opération que les renseignements fournis par Hugonnet. Il me raconte que la piqûre lui a causé une violente douleur, qui s'est propagée jusqu'à la main, dont deux ou trois doigts ont été en partie paralysés. Quelques jours après il remarque l'existence d'une tumeur au pli du bras. Au commencement de juillet, je fus consulté, dans mon cabinet; je reconnais un anévrysme et lui déclare que pour guérir il a besoin d'une opération. Effrayé de ma proposition, Hugonnet va consulter M. Pétrequin, qui lui tient le même langage. Le 10 juillet, je reçois du malade une seconde visite; il me demande à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans mon service. Il présentait alors l'état suivant : une tumeur du volume d'une noix existe au pli du coude, du côté droit. Elle est le siége de battements très-forts, isochrones à ceux du pouls, et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale; la compression de l'artère cubitale ne me paraît pas exercer d'influence sur la tumeur; la compression de l'artère brachiale fait cesser complètement les battements de la tumeur, qui revient un peu sur elle-même; à l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis, mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. Je me décide à appliquer la méthode de Pravaz, et j'exécute l'opération le 21 juillet, en présence de MM. Pétrequin, professeur de clinique chirurgicale, Barrier et Desgranges, mes collègues à l'Hôtel-Dieu, Bouchacourt, chirurgien en chef de la Charité, et d'un très-grand nombre de confrères dont il est inutile de citer les noms. M. Burin du Buisson a eu l'obligeance de m'apporter du perchlorure de fer à 30 degrés, et de me donner des renseignements sur l'énergie d'action de cette solution. La capacité de l'anévrysme est évaluée approximativement à un centilitre ; nous décidons que je pousserai 15 gouttes de perchlorure, ce qui ne fait en réalité que 13 gouttes, car 2 gouttes sont absorbées par la canule de la seringue; je n'ai pas besoin d'ajouter que je me suis servi de la seringue Charrière ; la capacité de celle que j'ai entre les mains est de 35 gouttes. Le corps de pompe est en verre, comme vous le savez, ce qui nous a permis de constater que le liquide n'a pas passé au-dessus du piston.

Je fais appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté, M. Chadzinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin a l'obligeance de se charger de la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, j'enfonce le trocart au centre de la tumeur. Quand je retire le stylet, un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule, la seringue est rapidement vissée sur elle, et 15 gouttes de perchlorure sont, je le répète, injectées. Le malade accuse une douleur assez vive, mais je dois vous faire remarquer qu'il est très-pusillanime, et qu'en outre la curiosité dont il est l'objet et le grand nombre de spectateurs qui assistent à l'opération lui ont tout d'abord inspiré un certain effroi.

Après une minute d'attente, j'enlève avec précaution la canule. La compression au-dessous de la tumeur est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue par M. Chadzynski, vingt minutes, et le tourniquet n'est enlevé qu'une heure après l'opération. Pendant la journée il existe un peu de douleur, qui se propage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battements de l'artère radiale ont complétement disparu. Ils existent toujours dans l'artère cubitale. Plus bas vous aurez l'explication de ce fait, qui m'a un instant inquiété.

22 juillet. J'explore la tumeur que j'ai évité de toucher jusque-là. Elle est dure ; la coagulation du sang me paraît complète; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur.

Je me rends compte de ce phénomène, en admettant une bifurcation de la brachiale. La radiale serait le siége de l'anévrysme, qui se trouverait côtoyé par l'artère cubitale. M. Barrier partage cette manière de voir ; nous avons eu depuis la démonstration mathématique de ce qui n'était jusqu'ici qu'une présomption. Les douleurs diminuent. La température de la main s'est élevée ; l'état général ne présente rien d'extraordinaire. — 23. Rien à noter.

24. Le malade se lève et descend dans les cours de l'hôpital. Il mange le quart de portion, la tumeur présente les mêmes caractères. — 25-26. Rien de particulier. — 27. La tumeur, qui est toujours dure, ne présente aucun battement, et commence à diminuer de volume.

31 juillet. La tumeur a diminué de moitié, elle n'offre plus que le volume d'une amande ; il nous est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau, dont les battements se faisaient sentir à la partie interne ; nous acquérons la certitude que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvements du bras s'exécutent bien.

5 août. La tumeur n'a pas plus que le volume d'un gros haricot. Hugonnet me demande de sortir, mais je le décide à rester encore en observation.

12. Il insiste de nouveau. Je lui accorde son exéat. Je fais constater son état par MM. Barrier, Desgranges et Pétrequin. La tumeur a le volume d'un noyau de cerise; elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battement. Toutefois, ils semblent vouloir reparaître vers le poignet, mais ils sont tellement obscurs que quelques personnes ne les perçoivent pas. Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales. Hugonnet est revenu deux fois,

à quinze jours d'intervalle, se faire examiner. La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Vous avez pu constater vous-même, lors de votre visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, la solidité de la guérison. Hugonnet avait repris ses travaux, qui exigent, comme on sait, des mouvements continuels du bras droit. J'ai revu le malade dans le courant d'octobre; il est venu me consulter pour ses battements de cœur. La guérison de l'anévrysme du pli du coude s'est complétement maintenue.

Vous apprécierez, monsieur et très-honoré confrère, la valeur de cette observation. Dans une lettre aussi rapidement écrite que celle-ci, je ne puis faire ressortir toutes les conséquences que vous en tirerez sans doute. Permettez-moi seulement de rappeler en quelques mots les précautions que j'ai cru devoir prendre. Je n'ai pas la prétention de poser les règles à suivre; mais si quelque chirurgien veut pratiquer l'opération de Pravaz, il sera peut-être bien aise d'avoir des renseignements précis sur ce qui a été fait dans le seul cas de guérison obtenu jusqu'ici.

1° J'ai employé du perchlorure de fer à 30 pour 100, préparé par M. Burin du Buisson. Dans un travail publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, cet habile chimiste expose les raisons qui motivent le choix du liquide à ce degré de concentration. Je ne pourrais que copier son mémoire, ce qui est inutile; je dirai seulement, et, ceci, M. Burin le démontre, que toute opération pratiquée avec du perchlorure de fer plus concentré, et par conséquent acide et plus ou moins caustique, ne doit pas entrer en ligne de compte pour faire juger d'une manière définitive la valeur de la méthode Pravaz.

2° J'ai injecté 13 gouttes seulement pour un centilitre environ de sang; n'oublions pas qu'il s'agit ici de gouttes expulsées par une canule très-petite; mais, du reste, en disant que la seringue Charrière contient 25 gouttes, on peut apprécier d'une manière rigoureuse la quantité du liquide injecté. Est-il besoin de faire remarquer que la quantité trop considérable de perchlorure aurait un effet fâcheux? Dans les observations qui suivent, et qui sont relatives à des varices, vous verrez à quels inconvénients on est exposé; mais je dois signaler l'écueil à éviter. Le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir. Je m'explique : si l'on injecte 10 gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par 3; mais le lendemain ce caillot a augmenté de volume, et le volume peut être représenté par 4. A quoi cela tient-il? je l'ignore; toujours est-il que si l'on injecte dans un anévrysme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable; et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les

plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Il faut donc injecter ni trop ni trop peu. Mais qu'est-ce qui guidera le chirurgien? Eh, mon Dieu! l'expérience. M. Burin du Buisson, qui s'est livré à un très-grand nombre de recherches à ce sujet, m'a conseillé 10 à 12 gouttes de perchlorure à 30 pour 100, ne l'oublions pas, pour obtenir la coagulation d'un centilitre environ de sang. Si le volume de la tumeur fait présumer que sa capacité est de 2 centilitres, la quantité à injecter sera de 20 à 25 gouttes, et ainsi de suite.

3° Il importe beaucoup de se servir d'un instrument bien fait, et la raison en est très-simple. Il faut que le liquide passe bien dans la tumeur, mais il faut encore que l'ouverture soit très-petite, car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé; il en résultera une inflammation suppurative qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. L'instrument construit par M. Charrière présente de très-bonnes conditions.

4° Enfin, il est de la dernière importance d'isoler l'anévrysme par la compression, car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrysme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération.

OBSERVATIONS DE VARICES TRAITÉES PAR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER.

J'avais l'intention, en commençant, de vous communiquer, avec tous leurs détails, les faits que j'ai pu recueillir; mais, outre que leur histoire complète m'entraînerait beaucoup trop loin, et donnerait à ma lettre des proportions trop grandes, le temps me manque pour le faire; aussi je me bornerai à vous donner le résumé de sept observations, sauf à vous envoyer des renseignements plus complets, si vous le jugez convenable. C'est le 21 juillet que j'ai pratiqué l'opération d'anévrysme; c'est le même jour que j'ai fait la première application qui ait été faite de la méthode Pravaz au traitement des varices. J'ai opéré au lit du malade, en présence de plusieurs médecins, de plusieurs internes de l'Hôtel-Dieu, et de M. Burin du Buisson. Personne n'était prévenu de ce que j'allais faire; mais je dois dire que cette opération fit un certain bruit dans notre hôpital.

Le lendemain, M. Pétrequin s'empressa de répéter mon opération dans son service. Dans le mémoire qu'il a publié, et dans lequel il revendique une part dans la méthode Pravaz, M. Pétrequin dit effec-

tivement ce que je viens d'écrire; mais la chose est placée dans un tout petit coin, et présentée d'une manière assez habile. L'Hôtel-Dieu de Lyon, dit-il, peut revendiquer l'honneur de l'application du perchlorure de fer et de manganèse au traitement des varices; M. Valette a opéré le premier, M. Pétrequin le deuxième, M. Desgranges, le troisième. Et d'abord, je n'ai jamais employé que le perchlorure de fer à 30 pour 100; et je vous préviens que je le crois bien supérieur au perchlorure de fer et de manganèse. Ensuite, M. Pétrequin semble insinuer que j'ai pu obéir à une inspiration venant de lui; or, il est de notoriété publique, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, que j'ai, le premier, proposé et appliqué la méthode. La lettre que j'ai adressée, le jour même, à la Société de chirurgie en fait foi. Mon honorable confrère, qui se plaint en termes si amers de l'oubli fait par Pravaz à son égard, comprendra parfaitement que j'insiste sur cette question de priorité, qu'il ne me dispute pas, j'en conviens, mais sur laquelle il glisse si habilement dans son mémoire. Je reviens à mes faits :

Obs. I. Salle Saint-Sacerdos, n° 2. Louis Aguétant, cultivateur, âgé de trente-neuf ans, entré le 20 juillet. Ce malade est affecté de varices considérables de la jambe droite et d'un ulcère variqueux très-étendu.

22. Juillet. L'opération est pratiquée. Une bande est appliquée sur la cuisse, de manière à distendre les veines. Je choisis les deux points les plus dilatés, deux confluents veineux, pour pratiquer l'injection de perchlorure. 25 gouttes sont injectées au niveau du creux poplité, et 20 gouttes au niveau de la partie moyenne de la jambe. La coagulation se produit rapidement. Dans les deux points il se forme une tumeur du volume d'une petite noix. Le lendemain le volume du coagulum ou de la tumeur a augmenté d'un cinquième environ. Les douleurs sont assez vives, mais l'ulcère de la jambe est déjà modifié d'une façon remarquable.

26 juillet. L'ulcère marche vers la guérison avec rapidité, mais les deux points où l'injection a été faite sont tendus, douloureux. Bientôt l'ulcération s'empare des téguments qui les recouvrent, et les caillots sont éliminés comme des corps étrangers. Les plaies se cicatrisent, du reste, rapidement. L'état général n'a pas été le moins du monde influencé. Le 20 août le malade sort de l'Hôtel-Dieu complétement guéri.

Obs. II. Salle Saint-Sacerdos, n° 12. Jean Bernard, maçon, âgé de cinquante-deux ans, entré le 4 juillet, porteur d'un ulcère variqueux profond et étendu de la jambe gauche, qui est sillonnée de varices nombreuses et qui remontent jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

22 juillet. Je procède, chez ce malade, avec les mêmes précautions que chez le précédent. Je fais également deux injections successives; la première, dans le confluent principal de la cuisse; elle est de 25 gouttes. A la partie moyenne de la jambe et dans le confluent principal je pousse 20 gouttes. Les choses se passent chez ce malade exactement comme chez celui qui fait le sujet de l'observation précédente. Ainsi j'obtiens des caillots d'un volume à peu près semblable et qui augmente un peu dans la journée. Les douleurs sont également assez vives. L'ulcération s'empare des tumeurs, et l'élimina-

tion du caillot a lieu; l'ulcère variqueux a été modifié de la manière la plus remarquable et s'est cicatrisé promptement. Il n'y a pas eu chez ce malade le moindre trouble général. Il sort complétement guéri le 24 août.

Je croyais bien faire en injectant une grande quantité de perchlorure de fer. Mais il est arrivé ce que j'ai déjà signalé plus haut, c'est-à-dire que le caillot a augmenté de volume pendant la journée et que la veine a été tellement distendue, qu'il en est résulté de la douleur et une inflammation éliminatrice. Quand le caillot est trop considérable relativement à la capacité de la veine, il semble jouer le rôle de corps étranger et n'est pas résorbé. Depuis, j'ai toujours pu éviter cette ulcération qui doit être attribuée, je le répète, non à la méthode, mais à l'inexpérience inséparable de premières tentatives.

Obs. III. Salle Saint-Sacerdos, n° 36. Simon Faillet, menuisier, âgé de soixante-quatre ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1853. Ulcère variqueux et varices considérables à la jambe droite. Deux injections sont pratiquées : la première de 5 gouttes, au niveau de la partie inférieure de la cuisse. A la jambe, j'injecte 6 gouttes. Les douleurs sont nulles, tout se passe avec la plus grande simplicité. Les caillots, qui ont un volume trois fois moins considérable que dans les cas précédents, sont peu à peu résorbés : on ne sent, au bout de quelques jours, qu'un point induré, qui se prolonge un peu en haut et en bas, dans la direction de la veine, qui est complétement oblitérée. La cicatrisation de l'ulcère variqueux s'est faite aussi avec une très-grande rapidité. Opéré le 12 août, le malade est sorti complétement guéri le 8 septembre suivant.

Obs. IV. Salle Saint-Sacerdos, n° 22. Jean Tramonet, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 août 1853, pour se faire traiter d'une cystite liée à un rétrécissement du canal de l'urètre. Ce malade est âgé de trente-cinq ans, paraît assez bien constitué ; cependant il est porteur à la jambe droite d'un ulcère variqueux et de varices très-développées. L'état du malade me paraît assez grave; il n'urine que goutte à goutte, et après de violents efforts. Je n'ai pas à parler ici de l'affection des voies urinaires, je me contenterai de dire que le rétrécissement a pu être franchi avec assez de facilité, et qu'au bout de quelques jours il m'a été possible d'introduire des sondes d'un calibre assez considérable; l'amélioration a marché avec une grande rapidité. Je songe alors à le débarrasser de ses varices, et je fais chez lui, dans la même séance, trois injections de perchlorure : la première, à la partie moyenne de la cuisse, de 5 gouttes; la seconde, de 4 gouttes, au niveau du creux poplité; la troisième, de 5 gouttes, au niveau de la partie moyenne de la jambe.

Tout s'est passé avec la plus grande simplicité. Pas de douleur. Résorption progressive des caillots; guérison radicale des varices vingt-cinq jours après l'opération.

Bien que le malade ait été obligé de garder le lit, à cause de son affection des voies urinaires, et qu'un pansement régulier et rationnel de son ulcère variqueux ait été fait, la marche de celui-ci a été excessivement lente, jusqu'au jour où j'ai pratiqué les injections de perchlorure de fer. Mais à dater de ce moment, l'ulcère a marché vers la cicatrisation avec une très-grande rapidité.

Obs. V. Salle Saint-Sacerdos, n° 18. Lelacho, Faure, âgé de soixante-deux ans, se trouve encore dans mon service en ce moment. J'ai fait, il y a dix jours, chez ce malade, une seule injonction de 4 gouttes. Tout marche avec la même simplicité, et dans quelques jours ce malade sera complétement guéri.

Enfin, pour terminer cette énumération rapide, j'ajouterai que chez deux malades de ma clientèle j'ai appliqué l'injection de perchlorure avec un succès complet, et sans avoir eu à déplorer et à combattre le moindre accident. Il est vrai que j'ai pris les mêmes précautions que chez les trois derniers malades dont il a été question, c'est-à-dire que j'ai injecté une petite quantité de perchlorure, quatre gouttes dans chaque sinus veineux.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que je n'ai pas la prétention de vous donner ces observations comme probantes et complètes. Je vous ai dit, en commençant, les motifs qui m'avaient engagé à ne pas retarder davantage cette communication : pour me prononcer sur la valeur de l'injection de perchlorure de fer pour le traitement des varices, j'ai besoin de recueillir des faits nombreux et surtout de suivre quelques malades pour savoir si les récidives sont fréquentes et promptes à se produire ; mais aujourd'hui que l'innocuité du perchlorure de fer est mise en question, il est bon de publier tous les faits qui peuvent rassurer les praticiens. Or, jusqu'à démonstration contraire, je crois à cette innocuité, pourvu que le liquide employé soit bien préparé et n'ait pas un trop grand degré de concentration, et pourvu que l'on n'injecte dans la veine que la quantité nécessaire pour coaguler le sang qu'elle contient. A l'avenir, je ne dépasserai guère 4 à 5 gouttes pour chaque injection ; il y a là de quoi produire un caillot déjà volumineux, d'autant que les sinus veineux les plus considérables que l'on observe dans les paquets variqueux ne contiennent guère, en général, que 1/4 à 1/3 de centilitre de sang.

Mais j'ai hâte de terminer cette lettre déjà bien longue. J'ai dû, vous le savez, l'écrire rapidement ; je réclame donc votre indulgence ; trop heureux si les faits que je vous communique vous paraissent dignes d'attention, et peuvent servir à défendre une méthode de traitement qui demande, sans doute, à être étudiée, mais à laquelle il serait injuste d'attribuer tous les insuccès qui ont été observés.

A. Valette, D. M. P.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

NOTE SUR UN ANÉVRYSME BRACHIO-CÉPHALIQUE TRAITÉ PAR L'INJECTION DU PERCHLORURE DE FER.

La discussion ouverte en ce moment sur la méthode imaginée par notre regrettable confrère Pravaz a mis en relief les faits, déjà nombreux, qui militent pour ou contre son innovation thérapeutique. Il est donc opportun de produire, sans plus de retard, tous les cas de nature à éclairer les praticiens. C'est pour obéir à ce devoir que je vous adresse l'observation du malade que vous avez vu dans mon service, et sur lequel vous avez déjà fourni quelques renseignements. Voici d'abord le fait ; je le ferai suivre de quelques reflexions.

Obs. Le nommé S., âgé de quarante-huit ans, employé dans au bureau, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle des Opérés, nº 27, le 27 juin 1853.

La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital remonte à quinze mois environ. Elle a commencé par des douleurs vives, occupant la région sus-claviculaire droite et le voisinage du sternum, et s'irradiant dans toute l'épaule, quelquefois même dans le bras du même côté, qui était en même temps le siége de fourmillements et d'engourdissements assez forts pour gêner l'usage du membre et empêcher le malade d'écrire. Au bout de six à sept mois, une tumeur a paru derrière l'extrémité interne de la clavicule. Au rapport du malade, cette tumeur, d'abord petite et dure, ne présentait pas de battements sensibles et fut considérée comme un engorgement glandulaire ; mais bientôt elle prit un développement graduel, devint proéminente en haut et en avant et présenta des battements isochrones à ceux du cœur. Malgré cet accroissement, les douleurs diminuèrent, et, dans les derdiers temps, elles sont devenues très-légères.

Etat actuel. — Les douleurs sont assez faibles pour que le malade s'en préoccupe très-peu. Toutefois, les engourdissements se montrent souvent dans le bras, surtout lorsque le malade s'en sert pour écrire. La respiration n'est pas habituellement gênée, mais elle le devient lorsque le malade écrit longtemps de suite ; sous cette influence et à la moindre émotion le malade éprouve souvent des battements de cœur et de la dyspnée. La voix est devenue un peu rauque depuis quelque temps et le malade expectore des mucosités qui ne paraissent venir que de la partie supérieure des voies respiratoires. Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite on trouve une tumeur ronde, assez régulière, bien circonscrite dans sa portion superficielle, du volume d'une grosse noix et présentant des pulsations isochrones à celles du pouls. On les distingue à la vue et par le toucher. La main éprouve une sensation de frémissement très-distincte et l'oreille perçoit un bruit de souffle très-marqué. La clavicule est recouverte en partie par la tumeur qui s'avance en dessus et même en avant de cet os. L'articulation sterno-claviculaire doit être luxée par suite de la destruction progressive de ses ligaments, car on sent très-bien le bout de la clavicule porté en bas et en avant. Profondément, c'est-à-dire en arrière, la tumeur s'enfonce derrière la clavicule et le sternum, recouverte par le sterno-mastoïdien, et les limites dans ce sens peuvent être précisées.

Les battements sont normaux dans la carotide et dans la sous-clavière

du côté malade. Le malade, comme nous l'avons déjà dit, est parfois suje à des palpitations, mais l'auscultation et la percussion ne révèlent aucune lésion organique du cœur. On diagnostique un *anévrysme du tronc brachio-céphalique.*

Le 11 juillet on procède à une injection de perchlorure de fer. On commence par faire la compression des artères sous-clavière et carotide primitive. Cinq minutes après qu'elle est commencée, et les aides continuant de l'exercer aussi complétement que possible, on fait dans l'intérieur de la tumeur une injection avec le perchlorure de fer à 30° de l'aréomètre de Baumé. Pour faire cette injection on se sert de l'instrument imaginé par M. Pravaz et fabriqué par M. Charrière, dont il est inutile de donner la description. Seulement, il est bon d'observer que, le corps de la seringue étant en verre, on a pu s'assurer par la vue que le piston poussait exactement le liquide dans la tumeur. La ponction faite et le poinçon du trocart retiré, il n'est point sorti de sang d'abord ; alors on a replacé le stylet dans la canule et on l'a incliné dans une autre direction. En retirant de nouveau, il sort un sang rouge, présentant un jet saccadé ; alors on adapte la seringue à la canule et l'on fait exécuter au piston seize demi-tours, de sorte qu'environ quinze gouttes doivent être entrées dans la tumeur. La canule étant retirée, on bouche l'ouverture avec un peu de collodion. Nous devons encore noter qu'au moment de faire la ponction, la peau a été tirée en haut sur la tumeur, afin de prévenir le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle des parois du kyste et d'avoir une véritable ponction sous-cutanée. La compression maintenue pendant toute l'opération a été continuée encore pendant vingt minutes après. Pendant tout le temps de l'opération le malade a été très-oppressé, sa respiration était gênée et sa voix faible, effets qui doivent être attribués à la compression et qui ont persisté pendant quelques heures, mais en diminuant graduellement. Enfin on a cru remarquer que la tumeur, surtout au niveau du point ponctionné, est devenue un peu plus dure et les battements plus obscurs. (Potion calmante. Tisane de tilleul. Diète et repos.)

Le 12. Il n'est survenu rien de particulier hier dans la journée. Le soir l'oppression avait tout à fait disparu. La nuit a été bonne et le malade a assez bien dormi. Aujourd'hui, il y a un peu de rougeur sur la tumeur à l'endroit ponctionné, qui est aussi plus sensible qu'auparavant à la pression ; mais c'est surtout au niveau des points où l'on a comprimé la carotide et la sous-clavière qu'il y a une douleur très-vive. (Compresses d'eau blanche sur la tumeur et un cataplasme sur les points douloureux du voisinage.)

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux ; les douleurs disparaissent, la rougeur au niveau de la tumeur se dissipe graduellement, mais en même temps celle-ci reprend sa consistance primitive, et les battements redeviennent aussi sensibles qu'avant l'opération. Encouragé par l'innocuité de cette première tentative, on se décide à en faire une seconde.

Le 18, deuxième opération. On procède comme la première fois, en comprimant les artères avant, pendant et après la manœuvre. Cette fois on injecte une pleine seringue de liquide à 35°. La canule est retirée. Un peu de sang continue à couler par l'ouverture. Il se forme en même temps un trombus sous-cutané assez considérable et inquiétant. Cependant l'écoulement sanguin extérieur s'arrête par l'action de quelques gouttes de perchlorure de fer qu'on applique sur l'ouverture, au moyen d'un bourdonnet

de charpie, et le trombus cesse d'augmenter. Il est de la grosseur d'une petite noix.

19 juillet. Douleur très-vive aux points sur lesquels a porté la compression. Un peu de rougeur et un peu de gonflement autour de la tumeur. Point de différence entre les pulsations des artères radiales. Point de céphalalgie. Le malade a bien dormi. Les battements semblent avoir un peu diminué.

20 juillet. Les battements, qui avaient un peu diminué après l'opération, ont à peu près repris la même intensité. Il semble cependant qu'en haut les pulsations s'accompagnent d'une expansion moindre que précédemment.

21 juillet. Les douleurs résultant de la compression ont presque disparu. Le malade va bien, mais la tumeur est revenue entièrement à ses conditions ordinaires.

27 juillet. Troisième injection. On prend les mêmes soins que dans les deux séances précédentes. On fait la ponction à la partie interne de la tumeur et on injecte deux pleines seringues de perchlorure de fer à 45° de l'aréomètre Beaumé. La compression des artères carotide et sous-clavière est continuée beaucoup moins longtemps que dans les autres opérations, à cause des douleurs beaucoup plus vives qu'éprouve le malade (huit à dix minutes). Les battements ont beaucoup diminué. (Potion calmante, tisane de tilleul, etc , comme dans les injections précédentes.)

28 juillet. Il n'y a rien eu d'extraordinaire immédiatement. Le malade a dormi et n'accuse plus de douleurs. Quatre à cinq heures après l'opération, il a eu au niveau de la tumeur une sensation de chaleur très-forte, qui a disparu dans la soirée. Il y a de la rougeur et de la tension à la partie interne de l'anévrysme, c'est-à-dire à son sommet. On y sent peu d'expansion. La pression y est douloureuse ; M. Barrier craint qu'il n'y ait là un commencement de travail inflammatoire; pour s'y opposer, il prescrit l'application de la glace en permanence.

29 juillet. Même état. Rien de particulier jusqu'au 31 juillet, si ce n'est que l'application de la glace est très-pénible pour le malade.

1er août. Le malade souffre tellement de l'immobilité qu'exige l'application de la glace, que l'on se décide à en suspendre l'emploi. Dans plusieurs points les battements sont moins sensibles et paraissent plus diffus, mais la tumeur est douloureuse au toucher. Tiraillements dans le bras. État général satisfaisant. (Compresses d'eau blanche.)

2 août. Douleurs plus vives. Depuis la suppression de la glace la sensibilité est très-vive à la partie interne de la tumeur. Commencement d'érysipèle autour de la dernière ponction. On y sent un peu d'empâtement. Le malade a un peu de malaise, il a perdu l'appétit. Depuis hier soir il transpire facilement et à toute heure. Il a peu de fièvre cependant, et l'état général, malgré les accidents, est assez bon.

Onction avec l'onguent napolitain.

3 août. Les douleurs diminuent. Continuer les onctions.

4 août. La sensibilité est encore bien grande. La rougeur, loin de diminuer, s'accroît au contraire et s'étend à la partie externe. État saburral. Citrate de magnésie.

6 août. La dernière ponction suppure depuis hier. Le foyer paraît très-superficiel, la peau est décollée dans le voisinage de l'ouverture étroite, qui

donne difficilement issue au pus. On agrandit l'ouverture d'un coup de bistouri. Cataplasmes et frictions mercurielles.

8 août. Douleurs vives à la pression. La rougeur et le gonflement s'étendent jusqu'à la partie postérieure du cou. On applique quinze sangsues à une certaine distance de la tumeur, en arrière du sterno-mastoïdien.

9 août. Toux fréquente, râles ronflants, un peu de dyspnée, fièvre modérée. Tisane béchique, looch diacodé, frictions mercurielles.

10 août. Transpiration très-abondante, surtout le matin. Douleurs encore très-vives parfois. La suppuration a un peu diminué. En somme, il y a un peu d'amélioration.

11 août. La tumeur est toujours le siége d'une chaleur très-vive. La bronchite a disparu. On cesse les frictions mercurielles. Cataplasmes de pulpe de pommes de terre froids.

12 août. Etat général meilleur. Il est des points où l'on sent encore un peu d'expansion; dans le plus grand nombre on ne perçoit que du soulèvement. Mais M. Barrier attribue cette obscurité des battements non à la coagulation du sang, mais à l'engorgement des tissus qui recouvrent et forment les parois de la tumeur.

13 et 14 août. Même état. La suppuration ne diminue pas, mais l'érysipèle et l'état phlegmoneux sont arrêtés et en voie de résolution.

18 août. Suppuration encore assez abondante. L'inflammation diminue. Les sueurs ont bien diminué. Cesser les cataplasmes de pommes de terre; vin aromatique.

22 août. La suppuration a beaucoup diminué.

23 août. La suppuration est réduite à peu de chose.

24 et 26 août. Même état. Le bras est très-engourdi.

31 août. Un petit caillot sanguin est sorti par l'une des ouvertures qui donnent issue au pus. Toutefois le malade va de mieux en mieux.

15 septembre. La suppuration a beaucoup diminué. L'état du malade est assez satisfaisant; il se lève chaque jour et mange bien. Il se sert difficilement du bras, qui est toujours douloureux et engourdi. La tumeur est, en définitive, revenue à son état primitif quant aux pulsations qui s'y font sentir. Quant à son volume, il a sensiblement augmenté.

21 septembre. La suppuration a cessé à peu près complétement. Les engourdissements sont plus fréquents et plus forts qu'avant l'opération. L'anévrysme, comparé à ce qu'il était à l'entrée du malade, a presque doublé de volume et présente toujours les mêmes signes qui caractérisent cette maladie. Les vaisseaux artériels de la tête et du membre supérieur sont toujours perméables au sang, comme avant l'opération.

Le malade quitte l'hôpital.

Je ne développerai pas les remarques que ce fait pourrait suggérer. Je m'en tiendrai à ce qu'il présente de particulier au point de vue du parti qu'on en peut tirer pour apprécier la méthode nouvelle.

Je dirai d'abord que le diagnostic de cet anévrysme n'a été l'objet d'aucun doute sérieux de ma part ni de celle des nombreux médecins à qui j'ai montré le malade. Les professeurs Bonnet, Pétrequin, Bouchacourt, les docteurs Valette, Desgranges, mes collègues de l'Hôtel-Dieu, plusieurs chirurgiens militaires et plusieurs médecins de la ville

ont examiné la tumeur et ont tous pensé que l'anévrysme siégeait dans le tronc brachio-céphalique.

Ayant pris l'avis des habiles confrères que je viens de nommer, j'ai pensé avec eux qu'il ne fallait pas songer à lier l'artère entre la tumeur et le cœur, cette opération nous paraissant impossible. A quelques-uns l'idée est venue de tenter la ligature au-dessous du sac par la méthode de Brasdor ; mais, vu le peu de chances de succès qu'elle présentait, tous m'ont encouragé à tenter l'injection de perchlorure de fer. M. Pétrequin me poussait à employer le perchlorure de fer et de manganèse ; mais, d'après quelques expérimentations répétées devant moi par M. Burin du Buisson, et d'après l'opinion que ce chimiste m'exprima lui-même, n'ayant pas acquis la preuve de la supériorité du perchlorure de fer et de manganèse sur celui de fer seul, je me suis décidé à préférer ce dernier, voulant appliquer exactement dans ce cas la méthode de Pravaz, exempte de tout alliage.

En second lieu, j'ai prié M. Burin du Buisson de me fournir lui-même le liquide à injecter. Le perchlorure était, la première fois, à 30 degrés, la seconde, à 35, et la troisième, à 45 ; mais, dans tous les cas, je dois croire qu'il était aussi bien préparé que possible, et pour le dernier, qui, suivant M. Burin du Buisson, se décompose assez rapidement, on avait eu la précaution de le préparer très-peu de temps avant le moment de l'opération, et de s'assurer qu'il était neutre au moment de s'en servir.

Je crois avoir pris pour cette opération toutes les précautions que le cas réclamait. Toutefois, il faut bien remarquer qu'il n'était pas possible ici de réaliser toutes les conditions nécessaires à l'application rigoureuse de la méthode. Pour déterminer la coagulation du sang par l'injection d'un agent hémostatique dans un sac anévrysmal, il faut y suspendre la circulation, y rendre le sang immobile par la compression du vaisseau du côté du cœur et du côté des capillaires simultanément. Ici la compression était impraticable au-dessus de l'anévrysme, et quelque soin que j'aie apporté à faire exactement comprimer les artères carotides et sous-clavière par des aides qui s'y étaient exercés préalablement et à plusieurs reprises, il est bien certain pour moi que le cours du sang n'a pas été parfaitement suspendu pendant tout le temps qu'a duré l'action des aides. C'est peut-être là qu'il faut chercher la principale cause de l'insuccès de mes efforts.

Ainsi qu'on l'a vu, j'ai fait trois injections successives de plus en plus copieuses et avec un liquide de plus en plus actif. La première injection n'ayant rien produit, je devais croire qu'il était permis d'augmenter l'énergie de l'agent coagulateur. La seconde injection n'ayant

elle-même été suivie d'aucun accident, j'ai osé pousser dans la tumeur deux seringues pleines de perchlorure à 45 degrés. Il n'est survenu immédiatement aucun symptôme fâcheux ; mais, au bout de peu de jours, j'ai conçu les plus grandes craintes sur l'issue définitive de cette tentative, en voyant la suppuration se faire entre le sac et la peau dans les trajets des deux dernières ponctions. On sait tout le danger d'une inflammation phlegmoneuse dans le voisinage d'un anévrysme. Je m'attendais d'un jour à l'autre à la rupture du sac et aux accidents terribles qu'elle aurait inévitablement amenés. Heureusement la nature médicatrice, secondée par un traitement approprié, a prévenu des désordres plus profonds ; le phlegmon s'est limité, la suppuration a diminué tout en se prolongeant beaucoup ; elle a fini par s'arrêter complétement, à ma grande satisfaction et au profit du malade, dont la maladie persiste sans doute, mais sans avoir probablement fait plus de progrès que si elle avait été abandonnée à elle-même.

L'injection, considérée dans ses suites immédiates, n'a produit qu'une partie de l'effet qu'on devait en attendre. Il a bien semblé que la tumeur devenait plus dure et qu'une coagulation partielle du sang s'y opérait. Mais cette coagulation a été incomplète ; le caillot, délayé par le sang qui continuait de circuler, a été peu à peu dissous, et en définitive l'opération n'a eu aucun résultat avantageux.

Je m'estime fort heureux de n'avoir pas eu dans cette tentative un échec plus grave. D'après les insuccès déjà nombreux qui ont été publiés, et que M. Malgaigne a reproduits dans son mémoire à l'Académie, je considère l'injection de perchlorure de fer dans les anévrysmes comme une méthode dangereuse, inférieure à la ligature, et, à moins qu'elle ne subisse de notables perfectionnements, je doute fort qu'elle reste dans la pratique. Dans son emploi on a toujours à craindre de faire trop ou trop peu. En faisant trop, c'est-à-dire en injectant plus de liquide qu'il n'en faut pour coaguler la quantité de sang toujours difficile à évaluer qu'il s'agit de solidifier, on s'expose à produire une inflammation suppurative et gangréneuse presque toujours funeste en pareil cas. En outre, si l'on emploie un liquide mal préparé ou d'une densité un peu trop élevée, on peut cautériser les tissus ou carboniser le sang, et rendre inévitable par là un travail d'élimination également dangereux. Si l'on injecte, au contraire, trop peu de liquide ou du perchlorure peu concentré, l'opération n'a aucun résultat.

En définitive, j'avoue que ma confiance dans l'efficacité de la méthode imaginée par Pravaz est très-incomplète, et je serais très-porté à la proscrire aussi formellement que vient de le faire M. Malgaigne, si je ne tenais compte de quelques succès observés au début, et surtout

de celui qu'a obtenu mon collègue de l'Hôtel-Dieu, le docteur Valette, succès dont j'ai été témoin et qui m'a paru satisfaisant sous tous les rapports.

Au moment où j'achève cette note, je reçois du docteur Debout quelques réflexions sur mon observation qui lui était en partie connue. Je vais les reproduire succinctement et y répondre.

« Je vous prie, me dit le docteur Debout, de discuter dans votre note le point suivant, c'est-à-dire la véritable cause des dangers courus par votre malade. Dans la plupart des faits rapportés jusqu'à ce jour, on voit deux sources d'accidents : 1° *la gangrène des parois du sac*, amenée par l'inflammation traumatique, résultant et des ponctions multiples et de l'action agressive du liquide coagulateur ; 2° *l'inflammation du tissu cellulaire*. On n'a pas assez tenu compte de cette dernière cause de danger. Quand on retire la canule de la poche anévrysmale, on cautérise tout le trajet parcouru par l'instrument avec le perchlorure, et il arrive en petit ce qu'on observe après le trajet d'un projectile d'armes à feu, c'est-à-dire un trajet cautérisé, qui devient aussi corps étranger et noyau d'un travail suppuratif. N'est-ce pas là le cas de votre malade ? Voici ce que je suppose à son égard : Le liquide des diverses injections a été entraîné dans le torrent circulatoire faute d'une compression très-exacte. De là, absence des accidents relatifs à l'inflammation du sac, et votre malade a présenté seulement les accidents dus à l'action du perchlorure de fer sur le tissu cellulaire traversé par la canule. La discussion de ce point importe à l'élucidation de la méthode, car je crois à l'avenir du procédé Pravaz, et l'inconnue est tout entière dans le côté chimique de la question. Pour prévenir cet inconvénient, j'ai vu avec plaisir M. Valette, dans sa note sur les varices, recommander de retirer la canule avec soin. La recommandation ne suffit pas, c'est le moyen qu'il faut donner ; le voici : après l'injection, il faut faire faire au piston un tour en arrière. On substitue alors dans la canule du sang au perchlorure qu'elle contenait, et on met le tissu cellulaire à l'abri de toute agression. Ce point est important, car l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la poche anévrysmale est une source d'inflammation des tuniques artérielles, déjà attaquées par *l'action caustique* du liquide coagulateur, par la densité du caillot, toutes causes propres à enlever au chirurgien la sécurité qu'il doit désirer. »

Il résulte implicitement des réflexions que j'ai présentées à la suite de mon observation, que j'ai interprété le fait et les conséquences de l'opération à peu près de la même manière que M. Debout. J'ajouterai cependant que, pour éviter le dépôt d'un peu de perchlorure dans le

tissu cellulaire, j'avais eu soin de laisser un intervalle d'une à deux minutes entre l'injection et le retrait de la canule, afin que la goutte de liquide qui pouvait tendre à sortir de la canule pût s'échapper dans l'intérieur même du sac, et pour donner en même temps au caillot le temps de se former et empêcher le liquide de refluer de l'intérieur du sac dans le tissu cellulaire.

On a vu que malgré cette précaution, dont l'indication a été omise dans le cours de l'observation, ce reflux a eu lieu après la seconde ponction et a même causé un trombus d'un certain volume. Toutefois, ce trombus n'a amené aucun accident et s'est résorbé facilement. C'est après la troisième ponction, faite avec toutes les précautions possibles, que le travail inflammatoire est survenu à l'extérieur du sac. Y a-t-il eu infiltration d'un peu de perchlorure dans le tissu cellulaire ? C'est possible ; et, pour prévenir cet accident, je ne verrais que de l'avantage à prendre la précaution indiquée par M. Debout, sans négliger celle que j'ai mise en usage.

Au fond de tous ces détails, le fait culminant pour moi, comme pour M. Debout, c'est *l'action caustique* du perchlorure ; c'est là qu'est le danger de la méthode. Quoi qu'on en dise, le perchlorure à 30 degrés, appliqué sur une plaie, la cautérise, comme je m'en suis assuré bien des fois ; et toute partie vivante cautérisée, sang, tunique artérielle, parois du sac anévrysmal, tissu cellulaire, donne presque nécessairement lieu à un travail d'élimination par gangrène ou par suppuration. Si cette cautérisation n'est pas constante à la suite de l'injection des anévrysmes, elle a eu lieu pourtant assez souvent pour qu'un chirurgien prudent soit autorisé à la craindre toujours. Pour moi, je ne me sens disposé à recourir de nouveau à cette méthode que dans deux cas : 1° celui d'un petit anévrysme, comme dans le cas opéré avec succès par M. Valette ; 2° celui d'un anévrysme auquel la ligature ne serait pas applicable, comme dans le cas de mon malade. BARRIER,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi du perchlorure de fer contre des hémorrhagies consécutives à un cancer du sein. — Dans la section des incurables de la Salpêtrière, où les affections cancéreuses compliquées d'hémorrhagies de la plus haute gravité s'observent si fréquemment, M. Moissenet a substitué, avec un avantage incontestable, l'emploi du perchlorure de fer à divers degrés de solution, aux cautérisations avec le fer rouge et

au tamponnement. Bien que ce procédé soit encore à l'étude, nous croyons utile de faire connaître les résultats qu'il a donnés jusqu'à ce jour, car dans cette voie nouvelle, le perchlorure de fer semble destiné à rendre de grands services.

Carolet (Marie), âgée de cinquante-un ans, est entrée à la Salpêtrière dans un état de faiblesse extrême, d'anémie profonde. Elle est atteinte d'une tumeur encéphaloïde, occupant non-seulement tout le sein gauche, mais encore le creux de l'aisselle et une partie de la région latérale gauche du thorax. Cette tumeur, bosselée, ulcérée, très-vasculaire, donne lieu à un écoulement ichoreux très-fétide, très-abondant. Chaque pansement est ordinairement accompagné d'une hémorrhagie qui, dans les premiers jours, s'arrête avec une simple application de poudre d'alun et de colophane qu'on recouvre d'agaric. Mais l'ulcération fait des progrès rapides; dans la soirée du 6 octobre, une hémorrhagie violente se déclare, menaçante pour la vie de la malade ; le fer rouge est appliqué à plusieurs reprises ; ce n'est qu'en calcinant une portion de la tumeur, que l'écoulement du sang parvient à être maîtrisé.

Le 9 octobre, pendant le pansement, l'hémorrhagie se reproduit ; un simple lavage de la plaie avec le perchlorure de fer pur et l'application d'un plumasseau imbibé de cette liqueur étendue d'eau l'arrête immédiatement. A chaque pansement, les jours suivants, l'hémorrhagie reparaît, mais de moins en moins abondante, et est toujours rapidement modérée par les mêmes moyens.

Le 16, le sang s'échappe par jet d'une des anfractuosités de la tumeur ; on applique sur ce point un plumasseau imbibé de perchlorure pur, qui suffit pour faire cesser le jet de sang.

Le 20, les escarres, suite de la cautérisation, se détachent par lambeaux, une pluie de sang inonde la malade ; pendant deux ou trois minutes on promène un pinceau imbibé de perchlorure sur la surface bleuâtre, mollasse, spongieuse de la tumeur ; bientôt le sang ne vient plus sourdre que par les fentes des bosselures. On introduit dans celles-ci de fins plumasseaux de charpie, plongés préalablement dans la liqueur, et l'hémorrhagie est encore une fois complétement arrêtée.

Pendant les jours qui suivent, on lave chaque matin avec la solution (perchlorure de fer à 45° 30 grammes, eau 250 grammes) toutes les parties fongueuses. La malade ne perd plus une goutte de sang, mais elle s'affaiblit de plus en plus ; la suppuration devient chaque jour plus abondante ; chaque jour la plaie se creuse davantage ; et bientôt elle succombe dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse, le 10 novembre 1853.

Nous ferons connaître, dans notre prochain numéro, des faits d'expérimentations du perchlorure dans les cas de métrorrhagie ; ces faits, recueillis par V. Remilly, interne du service de M. Moissenet, témoignent que l'agent nouveau est digne de l'attention des praticiens.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANUS CONTRE NATURE (*Effets remarquables de l'emploi des suppositoires de savon dans un cas d'*). L'emploi des suppositoires est bien négligé de nos jours, et cependant on a droit de s'en étonner, quand on songe aux résultats qu'on pourrait obtenir d'une excitation continue établie ainsi à la partie inférieure du tube intestinal. Le fait suivant est bien digne de rappeler l'attention sur l'emploi de ce moyen.

Un mécanicien portait, depuis six ans, au-dessus de l'aine du côté droit, un anus contre nature, qui s'était établi à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Le malade avait échappé heureusement aux premiers accidents de cette plaie; mais l'adhérence qui s'était établie entre l'anse intestinale et la paroi abdominale avait établi un anus contre nature par lequel les matières fécales ne passaient d'abord qu'en petite quantité; mais peu à peu leur évacuation augmenta par cette voie, et peu à peu elle se réduisit à presque rien par l'anus; bref, lorsque M. Macdonald fut consulté, toutes les matières sortaient par l'anus artificiel, et de temps en temps seulement il sortait par l'anus un peu de mucus. Ce malade était réduit au désespoir par cette triste situation; il avait été soumis à des traitements divers, sans aucun succès. Dans ces circonstances, M. Macdonald l'engagea à garder le lit pendant quelques jours, et à maintenir constamment dans le rectum un suppositoire de savon noir taillé en forme de chandelle et assez long, qu'il introduisait après l'avoir huilé préalablement, et dont il faisait suivre l'introduction par l'application d'un bandage compressif sur l'anus. En même temps, l'anus artificiel fut traité par des cataplasmes émollients la nuit, par de la chaux en poudre le jour, et par l'administration à l'intérieur de quelques gouttes de teinture d'iode dans une cuillerée de teinture de gentiane; il lui prescrivit en outre de prendre deux fois par semaine de l'huile de ricin.

M. Macdonald ne se proposait que de ramener le malade aux mêmes conditions dans lesquelles il se trouvait dans les premiers temps, c'est-à-dire de rétablir en partie le cours des matières. Quel ne fut pas son étonnement quand il apprit que sous l'influence de ce traitement les matières cessaient de jour en jour de passer par l'ouverture de la plaie! En quinze jours la guérison était complète. Pendant quatre mois le malade put se croire guéri, et il l'eût été en effet si, dans une chute dans la cale d'un navire chargé de charbon de terre, la cicatrice récente ne fût venue porter contre l'extrémité anguleuse d'un morceau de charbon. Par suite la cicatrice se déchira, et les matières recommencèrent à sortir par l'anus artificiel. Le même traitement, qui avait si bien réussi, fut repris, et le succès fut le même que précédemment. Guérison complète pendant trois semaines, lorsque dans une rixe il reçut, étant ivre, un coup de poing sur le ventre qui entraîna la rupture de la cicatrice, et depuis cette époque l'anus artificiel ne s'est pas refermé. Il est vrai que le malade n'a pas repris le traitement. Toujours est-il que dans ces deux premières circonstances le traitement indiqué plus haut a été suivi d'un plein succès, et si l'on eût eu affaire à un malade soigneux de sa santé, si la cicatrice eût été convenablement protégée, tout fait croire que la guérison eût été durable et définitive. Le fait de M. Macdonald ne doit donc pas être perdu de vue par les chirurgiens qui auront à traiter une incommodité aussi rebelle que l'anus contre nature. (*The Lancet*, 1853.)

CHOLERA. *Emploi du sulfate de quinine contre la diarrhée prodromique.* M. le docteur Mandl, dans une lettre qu'il vient d'adresser à la *Gazette médicale de Paris*, confirme le fait de l'existence de la diarrhée prodromique. Dans les divers pays où il a eu l'occasion d'observer le choléra, en Allemagne, en Hongrie, dans les principautés danubiennes, il a constamment observé ce symptôme précédant le choléra, ne fût-ce même que de quelques heures. Le moyen qu'il a reconnu le plus puissant pour

combattre cette diarrhée est le *sulfate de quinine*, à la dose de 10 centigrammes, donné de deux en deux heures. Des cholérines qui avaient résisté aux lavements et à l'opium ont guéri en 24 heures par ce moyen. Dans les contrées marécageuses, nul doute que cette pratique ne soit suivie de succès; dans les autres, mieux vaut recourir aux décoctions de bon quinquina.

CHOLÉRA. *Son traitement par l'emploi de l'iodure de potassium.* Un honorable pharmacien de province, M. Marchandier, nous adresse une formule de traitement qu'il nous prie de faire expérimenter dans les hôpitaux de Paris; les succès remarquables dont il a été témoin pendant l'épidémie de 1849 nous engagent à la mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous leur dirons prochainement les résultats des essais entrepris à l'Hôtel-Dieu par notre collaborateur M. Aran.

Dès qu'un malade est atteint par le fléau, dit M. Marchandier, il faut lui administrer toutes les minutes *une cuillerée à café* de la potion suivante :

Iodure de potassium.	2 grammes.
Eau pure.	125 grammes,
Sirop de groseille . .	30 grammes.

Pour calmer la soif ardente, on donne à volonté de la limonade gommée et par cuillerée à café à la fois. Une plus grande quantité ne serait pas supportée par l'estomac. On calme les crampes en appliquant des linges imbibés *d'eau salée chaude*. Il faut en outre renouveler continuellement l'air de la chambre et recouvrir les déjections du malade de suie de cheminée.

Le temps nous manque pour discuter les idées ingénieuses sur lesquelles M. Marchandier pose son traitement de l'intoxication cholérifère. Il nous importe de constater tout d'abord les faits qu'il annonce; nous aborderons ensuite le mode d'action du moyen qu'il propose. L'iodure de potassium est un médicament complétement inoffensif à la dose de 2 grammes, rien ne s'oppose donc à son expérimentation.

EPIPHORA (*Nouveaux faits relatifs au traitement de l'*) *par l'incision du conduit lacrymal inférieur.* Nous avons été des premiers à donner de la publicité à un ingénieux traitement imaginé par M. Bowman, pour obtenir la guérison de certains cas rebelles d'épiphora. M. Bowman a fait connaître, en effet, une particularité assez curieuse, qui n'avait pas encore été signalée avant lui et qui consiste en ce que le point lacrymal inférieur, au lieu de se trouver placé comme d'habitude sur une petite saillie, se trouve en dehors du cours des larmes et de la surface muqueuse de la paupière sur une surface cutanée, aplatie ou arrondie. Autrement dit, dans ces cas, l'épiphora ne dépend pas d'un obstacle au cours des larmes, mais seulement d'un changement dans la situation du point lacrymal inférieur. Pour remédier à cet état pathologique, M. Bowman a conseillé et a pratiqué avec succès une opération très-simple et très-facile, qui consiste à inciser le canal lacrymal inférieur dans une très-petite étendue, à partir du point lacrymal, de manière à reporter son orifice en arrière jusqu'à ce point de la surface conjonctivale où les larmes s'accumulent. Pour empêcher l'agglutination des surfaces incisées, on a la précaution de passer un stylet entre les bords de celles-ci, pendant quelques jours.

M. Benjamin Bell a pratiqué, à son tour, cette petite opération dans deux cas avec succès. Le premier de ces cas est relatif à un jeune garçon de seize ans qui, à la suite d'une plaie autour des paupières, laquelle avait produit un léger déplacement du point lacrymal, sans renversement de la paupière elle-même, était sujet à une accumulation continuelle des larmes au grand angle de l'œil, circonstance naturellement fort désagréable, et qui apportait un trouble notable à la vision. L'opération fut pratiquée par le procédé décrit plus haut, et la guérison fut complète.—Dans un second cas, chez une jeune femme de dix-sept ans, chez laquelle les accidents étaient semblables, tout en reconnaissant seulement pour cause une inflammation chronique de la conjonctive, le résultat de cette opération ne fut pas moins heureux.

M. Bell fait remarquer que pour pratiquer avec facilité cette petite opération, il faut glisser dans le canal lacrymal un stylet assez volumineux pour distendre et pour fixer ce canal. Ce chirurgien ajoute avoir eu recours depuis à cette opération,

dans des circonstances un peu différentes. Ainsi, une dame d'un âge moyen était affectée d'une induration vasculaire rebelle, intéressant le point lacrymal et le déplaçant très-légèrement, mais cependant d'une manière suffisante pour produire un épiphora désagréable lorsque cette dame était en plein air ou exposée à une lumière vive. Faute d'un moyen plus expeditif, M. Bell passa un stylet dans le canal lacrymal, et à l'aide d'un iritome fin, il divisa d'un seul coup le gonflement; l'épiphora cessa, l'induration disparut avec rapidité, et le point lacrymal reprit ses fonctions. (*Month'y journal of med.*, 1853.)

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE (*Observation d') traité avec succès par la compression.* La plupart des traités des maladies des enfants mentionnent à peine la compression dans le traitement de l'hydrocéphale chronique. Il paraîtrait cependant, d'après les faits publiés en 1848 par Baader, que ce traitement ne serait pas indigne de l'attention des médecins. Le fait que rapporte le docteur Lund n'est pas moins intéressant. « Au mois de janvier 1849, dit-il, je fus consulté pour un enfant du sexe masculin, né au commencement de mars 1848. Les deux premiers mois qui suivirent sa naissance s'étaient accomplis sans accidents, lorsqu'à cette époque l'enfant cessa de se développer. Le corps et la face maigrirent, tandis que la circonférence de la tête augmentait. Il y avait de la toux, un appétit assez vif, et l'enfant rejetait souvent ce qu'il prenait; diarrhée fréquente; agitation. Malgré les moyens employés pour combattre ces symptômes, l'état de l'enfant s'aggravait: les extrémités étaient de plus en plus amaigries, l'abdomen tuméfié, l'épine faible et courbée, le crâne large, les fontanelles et les sutures ouvertes, les os de la tête relâchés, le front fortement bombé et saillant, les yeux enfoncés et la face remarquablement petite, proportionnellement au volume de la tête. En appliquant le stéthoscope sur la tête, au voisinage de la fontanelle antérieure et de la suture sagittale, on entendait un bruit de souffle, isochrone avec le pouls, et rappelant parfaitement le souffle placentaire.

M. Lund résolut d'employer la compression de la tête, comme elle avait été pratiquée par Baader. Des bandes de linge d'un pouce et demi de large et trempées dans l'emplâtre de savon furent appliquées, les cheveux préalablement coupés, de telle manière que la partie moyenne de toutes les bandes qui couvraient la tête sous forme radiée reposât sur le vertex. Pendant l'application des bandes, la tête fut doucement comprimée. Les extrémités des longues bandes pendaient, et après qu'une bande large eut été appliquée sur elles, tout autour de la base du crâne, ou sur la partie inférieure du front, au-dessus des oreilles et sous la protubérance occipitale, les bouts qui pendaient des longues bandes furent relevés et maintenus en place par une autre bande circulaire. Ces bandes circulaires avaient pour but, en partie d'exercer une compression directe tout autour de la tête, en partie, par leur union avec les autres bandes, d'augmenter la pression exercée par ces dernières.

Pendant trois mois les emplâtres adhérèrent solidement, et on ne les enleva que parce que les cheveux avaient repoussé. La circonférence de la tête avait beaucoup diminué relativement à la face et au reste du corps; les fontanelles et les sutures s'étaient presque complètement fermées. L'état général de l'enfant était aussi considérablement amélioré. M. Lund crut devoir cependant revenir à une nouvelle application de bandelettes compressives. Après deux nouveaux mois de compression, l'appareil fut enlevé; la tête avait repris à peu près son volume normal, la santé générale était excellente. L'enfant a conservé, du reste, par suite du traitement, une forme particulière de la tête: le vertex est aplati, et les tubérosités pariétales assez saillantes. (*Norsk mag. for Lægevidenskaben* et *Dublin journal of med.*, novembre 1853.)

PURPURA HEMORRHAGICA (*Bons effets de l'acide gallique dans le*). On connaît les bons effets de l'emploi de l'acide gallique dans les hémorrhagies passives; on comprendra par suite aisément comment ce médicament a pu être employé avec succès dans le purpura. Les trois faits rapportés par le docteur Grantham ne laissent d'ailleurs aucun doute à cet égard. Dans le premier de ces faits, chez un homme de

soixante ans, qui présentait du reste, indépendamment des signes du purpura, tels que des taches pétéchiales sur les membres et sur les muqueuses et des urines sanglantes, quelques signes qui semblaient indiquer un scorbut, ainsi un gonflement fongueux et saignant des gencives, de larges ecchymoses sur un bras et sur une cuisse; l'acide gallique fut donné à la dose de 5 grains toutes les trois heures, et deux pilules de rhubarbe composée furent données le soir. Deux jours après, les fongosités des gencives et les ulcérations de la langue avaient cessé de fournir du sang, les pétéchies et les ecchymoses avaient perdu un peu de leur coloration foncée, l'urine n'était plus chargée de sang. Au douzième jour, l'amélioration était telle, qu'il pouvait être considéré comme guéri; il avait pris 4 scrupules seulement d'acide gallique. Dans le deuxième cas, plus sérieux que le précédent, parce que des hémorrhagies s'étaient faites en outre par le nez et par les voies aériennes, le malade, âgé de seize ans, était réduit à un état voisin de l'anémie. L'acide gallique lui fut donné à la dose de 3 grains toutes les trois heures, puis de 5 grains toutes les deux heures. Pilules de rhubarbe comme apéritif. Avant une semaine, toute hémorrhagie avait disparu, et, malgré une épistaxis peu abondante, survenue parce qu'il avait voulu reprendre son travail trop tôt, quelques nouvelles doses d'acide complétèrent la guérison. Enfin, dans le troisième cas, chez un jeune garçon de douze ans, convalescent du typhus, et chez lequel des hémorrhagies s'étaient produites par diverses voies, l'acide gallique fut donné comme aux malades précédents. Dès le deuxième jour, les hémorrhagies avaient commencé à diminuer. Au quatrième jour, les pétéchies internes et externes s'étaient affaiblies de teinte, les hémorrhagies étaient presque arrêtées. Le cinquième jour, il eut une épistaxis assez abondante, parce qu'il s'était frappé le nez. L'acide gallique fut administré toutes les heures, et on procéda au tamponnement des fosses nasales. Il ne survint pas d'autre accident. Au quinzième ou au seizième jour, le rétablissement était complet. Dans tous ces cas, bien entendu, les malades avaient été mis dans les meilleures conditions de régime et d'hygiène. (*Association med. journal*, septemb.)

RUPTURE DE MATRICE; *gastrotomie pratiquée quarante-deux heures après; guérison*. Le fait suivant est bien de nature à soutenir le courage des chirurgiens et à leur faire espérer la guérison dans des cas en apparence désespérés. Une dame de trente-deux ans, enceinte pour la troisième fois, fut prise le 30 décembre dernier des douleurs de l'enfantement, à la suite d'une grossesse très-heureuse. L'enfant présentait les pieds; les douleurs étaient fortes et fréquentes depuis deux heures, lorsqu'une douleur plus violente que les autres vint annoncer la rupture de la matrice. Les douleurs se suspendirent complétement, et l'on cessa de sentir les pieds de l'enfant. Après un délai considérable nécessité par la difficulté de réunir les médecins du voisinage, M. Mazier, qui examina avec soin la malade, qu'il trouva pâle, amaigrie, ayant du refroidissement et le ventre extrêmement sensible à la pression, M. Mazier constata, disons-nous, un déchirement du vagin et de l'utérus au niveau de l'ouverture de celui-ci sur l'utérus, déchirure par laquelle le fœtus avait pénétré dans la cavité abdominale. Il n'y avait pas de temps à perdre : il fallait ou aller chercher les pieds de l'enfant et l'amener par les voies naturelles, ou pratiquer la gastrotomie. Ce fut à ce dernier parti que M. Mazier s'arrêta. L'incision pratiquée sur la ligne blanche met à nu l'enfant et le placenta dans la cavité péritonéale. L'enfant s'était vidé de son méconium, et celui-ci teignait les intestins de la mère. On fit écouler une sérosité sale et des caillots de sang qui se trouvaient dans la cavité, et l'on réunit par la suture entortillée. Le deuxième et le troisième jour qui suivirent l'opération, le ventre fut tendu très-fortement et la fièvre fut très-vive; mais dès le quatrième jour la tension du ventre diminuait. Le cinquième jour, l'amélioration était encore plus sensible. Cette amélioration ne fut troublée par aucun accident. Le neuvième jour, les garderobes se rétablirent. La constipation seule tracassa la malade pendant quelques jours. Enfin, le vingt et unième jour on put constater le col utérin refoulé et comme adhérent sur la région rectale du petit bassin, la déchirure et

l'incision complétement cicatrisées. Le quarantième jour après l'opération, la malade a pu reprendre ses occupations, ne conservant de ce pénible et périlleux accouchement qu'une hernie de la ligne blanche. (*Journal de méd. et de chirur. pratiques*, *Revue méd.-chirur.*, octobre 1853.)

SEIGLE ERGOTÉ, *mode facile de conservation*. On sait que le seigle ergoté s'altère facilement par l'air, la lumière, l'humidité; M. Zanon indique dans le *Corrin scientifica* un moyen qui lui réussit mieux que tous ceux employés jusqu'à ce jour. M. Zanon conserve le seigle ergoté dans des flacons de toutes capacités, au milieu de sable fin de rivière, en opérant comme suit. Il prend du sable sec, le fait passer par un tamis de crin fin, à l'effet d'en recueillir la partie la plus fine; il verse dessus beaucoup d'eau, agite le mélange et décante le liquide pour débarrasser le sable d'une partie de terre argilo-calcaire, qui l'accompagne; il fait agir pendant quelque temps de l'acide chlorhydrique dilué sur le sédiment siliceux, jusqu'à dissolution complète des terres qui s'y trouvent encore unies; il lave avec soin le résidu avec beaucoup d'eau chaude jusqu'à ce que l'eau de lavage ait perdu toute saveur et ne subisse aucune action par les réactifs; enfin il soumet le résidu ainsi lavé à une forte dessiccation, à l'aide de la chaleur. Le sable ainsi préparé se trouve à l'état de silice pure. Il en place une couche de quatre centimètres au fond des flacons, quelle que soit leur capacité; il la couvre d'une couche de seigle ergoté de même épaisseur; puis une de sable, et ainsi alternativement d'ergot et de sable, jusqu'à remplir les flacons. Il les ferme hermétiquement et les recouvre de papier ou d'une couche de couleur noire. De cette manière, M. Zanon a conservé en bon état du seigle ergoté mis en flacons depuis plusieurs années. (*Scalpel*, novemb.)

TÆNIA (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de l'extrait éthéré de fougère mâle contre le*). Quelque bien établie que puisse être l'efficacité d'un traitement, il est bon de rappeler de temps en temps l'attention sur lui par des faits qui en corroborent la valeur. En ce qui touche l'extrait éthéré de fougère mâle, cela est d'autant plus nécessaire que cette préparation n'est peut-être pas aussi employée en France qu'elle mériterait de l'être. Dans un mémoire recent sur ce sujet, un professeur justement célèbre d'Edimbourg, M. Christison a fait connaître les résultats obtenus de ce traitement soit par lui, soit par quelques-uns de ses confrères, dans vingt cas de tænia bien constatés.

Dans tous les cas sans exception, dit M. Christison, le tænia a été rendu après une seule dose du médicament et habituellement en une seule masse. Dans quelques cas, il a même été rendu sans purgatif et parfois alors au milieu de quelques matières féculentes. Le plus souvent, le médicament n'a occasionné ni douleur, ni symptômes désagréables tant avant que pendant son action. Plusieurs malades, qui avaient déjà pris d'autres anthelmintiques, faisaient remarquer cette absence de douleur, comme une chose fort différente de ce que leur avaient fait éprouver les premiers traitements. Toutefois, chez quelques individus il y a eu des coliques, des envies de vomir, ou une sensation pénible dans l'abdomen, quelquefois même des vomissements. Dans deux cas seulement, il y a eu récidive après un intervalle de six mois environ. Tous les autres n'en ont pas éprouvé de nouvelles atteintes. Néanmoins M. Christison est assez disposé à penser qu'il est prudent de revenir une fois par mois, pendant un certain temps, au médicament, jusqu'à ce que les anneaux aient cessé de se montrer depuis quelque temps dans les garderobes, d'autant plus que des œufs restés dans l'intestin peuvent reproduire le ver, comme la tête elle-même, en s'allongeant et en reproduisant de nouveaux anneaux; mais ce n'est qu'une précaution peu désagréable pour un médicament aussi facilement supporté. M. Christison cite à ce sujet le fait d'un malade chez lequel le tænia se reproduisait à intervalle de quelques mois depuis vingt ans, et qui avait pris nombre de fois l'huile essentielle de térébenthine. Une dose d'extrait éthéré de fougère mâle lui fit rendre un très-long tænia sans aucun inconvénient, et depuis huit mois il n'a pas eu de rechute.

M. Christison donnait d'abord l'extrait éthéré de fougère mâle à la dose de 18 grains; mais il pense que,

pour plus de certitude, il vaut mieux donner une dose plus forte, 24 grains (1 gram. 20 c.) ; à cette dose, il n'y a pas eu plus d'accident qu'avec la première ; peut-être même y en a-t-il eu moins. Comme on le voit, la dose proposée par M. Christison est au-dessous de celle recommandée par Peschler de Genève, qui est de 2 à 4 gramm. Toujours est-il que les résultats obtenus par le médecin d'Edimbourg confirment pleinement ceux du médecin de Genève, et il ne faudrait donc pas que les succès obtenus dans ces derniers temps avec le kousso fissent perdre de vue un médicament indigène aussi efficace que la fougère mâle. (*Monthly journal of med.*, 1853.)

VARIÉTÉS.

Notre dernier numéro annonçait l'apparition de quelques cas de choléra dans les hôpitaux de Paris. Depuis cette époque, il ne s'est pas passé un seul jour sans qu'on ait eu quelques cas nouveaux à signaler. Mais ce qui semble établir une grande différence entre la maladie, telle qu'elle se présente aujourd'hui, et les deux épidémies que nous avons eu à traverser, c'est que le choléra, après avoir frappé quelques malades en ville, a surtout porté ses coups sur cette population débile et maladive qui remplit les hôpitaux. On peut évaluer, sans exagération, à plus de la moitié du chiffre total le nombre des cas qui ont éclaté dans les établissements nosocomiaux. Là aussi, il faut bien le dire, la maladie s'est montrée avec une intensité des plus affligeantes, puisque dans un seul hôpital, à l'Hôtel-Dieu, sur 32 malades frappés dans les salles, 21 ont succombé. Enfin, on a cru remarquer que les sujets affectés ou convalescents de fièvre typhoïde avaient plus que les autres une fâcheuse disposition à contracter le choléra asiatique.

Depuis le 11 novembre, jour où le premier cas a été constaté dans les hôpitaux, jusques aujourd'hui, 28 novembre, le nombre des cas signalés dans les hôpitaux et hospices de Paris a été de 141, sur lesquels on a compté 67 décès. L'Hôtel-Dieu à lui seul a compté 62 malades, et si les choses se sont passées dans les autres établissements comme dans celui-ci, il semblerait que la maladie ne présenterait pas une gravité très-grande, puisque sur les 30 malades apportés de la ville, 8 seulement ont succombé, ou plus d'un quart, tandis que parmi ceux frappés dans les salles, il en est mort plus des deux tiers. Chez presque tous ces malades, du reste, une diarrhée de quelques jours avait précédé les accidents cholériques proprement dits ; mais nous ajouterons que depuis quelques jours la diarrhée prodromique semble raccourcir sa durée, ce qui coïncide, du reste, avec une légère recrudescence dans le nombre des cas ; ainsi l'Hôtel-Dieu, qui ne recevait habituellement que 3 ou 4 cholériques par jour, et qui n'en a pas même reçu un seul pendant un jour ou deux, en a reçu 14 aujourd'hui, 28 novembre.

En résumé, le choléra, sans constituer encore une épidémie, règne en ce moment à Paris, et son empreinte se porte sur un grand nombre d'affections régnantes qui se compliquent de diarrhée et de vomissements. Ces derniers accidents, et surtout la diarrhée, sont même assez communs. Nos confrères feront donc bien d'avertir leurs clients de la nécessité d'arrêter en temps utile les diarrhées prémonitoires.

En Angleterre, et dans le reste de l'Europe, le choléra est réduit à presque rien. A Londres, dans la dernière semaine, il n'y a eu que 72 décès, chiffre inférieur de 26 à celui de la semaine précédente.

Nous croyons utile de publier l'instruction qui a été donnée par le Collége royal des médecins de Londres :

Le Comité du choléra du Collége royal des médecins a reçu, de différents quartiers, la demande d'une instruction très-claire qui sera mise au service du public pendant la durée de l'épidémie du choléra, lorsque l'avis d'un médecin ne sera pas immédiatement sous la main et avant qu'un tel avis puisse être obtenu.

Pour cette raison, le Comité croit nécessaire d'offrir au public quelques instructions qui, en raison d'une déclaration (notification) étendue, faite par le General Board of health, le 20 septembre 1853, doivent être courtes ;

ces instructions ne doivent, dans aucun cas, ni faire surseoir à la nécessité d'avoir recours, aussi promptement que possible, à l'assistance d'un médecin, ni imposer une autorité restrictive aux médecins.

Pendant la durée de l'épidémie :

1° Aucun dérangement d'entrailles, si léger qu'il soit, ne doit être négligé, même une heure. L'avis d'un médecin sera demandé dès que le dérangement commence. En attendant l'arrivée du médecin, quelques-uns des médicaments pris en temps ordinaires pour arrêter la diarrhée devront être donnés : par exemple, le mélange de craie, la poudre composée de cannelle ou la poudre composée de craie et d'opium, aux doses de 20 à 40 grains pour un adulte.

2° Nul apéritif salé ou purgatif drastique qui opère promptement et vigoureusement ne sera pris sans l'avis d'un médecin.

3° L'intempérance dans les aliments ou dans la boisson est excessivement dangereuse. L'usage modéré de la viande et des légumes est recommandé. En général, on doit suivre le régime qui convient le mieux à chaque individu. Un changement considérable dans le régime auquel on est habitué est rarement conseillé pendant la durée d'une épidémie.

4° La faiblesse, l'épuisement, l'exposition à l'humidité rendent les pauvres spécialement sujets à la maladie. Le Comité rappelle aux riches la nécessité de donner aux pauvres de la nourriture, du chauffage et des vêtements.

5° On ne saurait trop insister sur l'importance extrême d'ôter ou de détruire toutes les impuretés, soit dans l'air, soit dans l'eau ou sur le sol, par la ventilation, la propreté et le fréquent usage du chlorure de chaux ou de zinc.

Enfin, depuis que les rapports faits au Collége des médecins prouvent que, des personnes qui ont soigné les malades dans la dernière épidémie, le nombre de celles qui ont été prises par la maladie était en proportion excessivement petite, la crainte de la contagion doit être pratiquement écartée.

Le Comité évite d'insister sur l'importance extrême d'avoir dans les dispensaires un approvisionnement convenable de médicaments pour le traitement de la diarrhée chez les pauvres ; sur la nécessité d'organiser dans chaque district affecté du choléra ce qui est appelé le système de visite de maison à maison ; et sur l'établissement d'hôpitaux temporaires pour recevoir les malades qui ne peuvent pas être convenablement traités à domicile ; ces mesures ayant été très-fortement et très-justement rendues obligatoires dans la notification publiée par le General Board of health.

Création d'un service de traitement à domicile pour les malades pauvres de Paris.

Une importante et salutaire innovation vient d'être introduite, sous l'inspiration des hautes et généreuses pensées de l'Empereur, dans l'administration des secours publics à Paris. Jusqu'ici, lorsqu'un indigent tombait malade, il n'avait guère d'autres secours que de se faire recevoir dans un hôpital; encore n'était-il pas toujours assuré d'y trouver place, en raison de l'affluence des malades étrangers qui, grâce à la facilité des communications, viennent, chaque jour, de tous les points de la France et même des autres pays, amenés par les chemins de fer, occuper dans les hôpitaux les lits destinés aux pauvres de la ville.

Cette situation, qui va toujours s'aggravant, révélait un besoin auquel M. Davenne, directeur de l'assistance publique, s'est occupé de pourvoir, en organisant un service de traitement des malades indigents à domicile. Le Conseil de surveillance et la Commission municipale se sont empressés d'adopter ce projet qui, après avoir été approuvé par M. le préfet de la Seine, vient de recevoir la sanction définitive de M. le ministre de l'intérieur.

Voici très-sommairement en quoi consistent les dispositions arrêtées :

Le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance est fixé à 159 ; ils seront répartis entre les douze arrondissements, en proportion de la population indigente, et leurs fonctions cesseront d'être gratuites. Ils recevront chacun une indemnité qui sera de 600 fr. dans les quartiers du centre, et de

1,000 fr. dans ceux, comme le quartier Popincourt, celui des Invalides, la Petite-Pologne, etc., où la population généralement peu aisée offre le moins d'avantages à un médecin sous le rapport de la clientèle, en même temps que les distances à parcourir rendent le service plus pénible. Il y aura, en outre, dans chaque arrondissement, selon les besoins, des sages-femmes qui seront également rétribuées.

Les médecins seront nommés pour six ans, sur la présentation des bureaux de bienfaisance et la proposition de M. le directeur de l'assistance publique. Ils pourront être réélus.

Des locaux devront être disposés dans les divers quartiers pour que les malades puissent venir réclamer les conseils des médecins qui seront tenus de s'y rendre à des jours et heures déterminés, et d'y rester tout le temps nécessaire pour donner les consultations qui leur seront demandées. Un membre du bureau de bienfaisance assistera toujours à ces séances.

Les médecins visiteront chez eux tous les malades qui ne pourraient se rendre à la consultation.

Un registre sera ouvert au secrétariat de chaque bureau de bienfaisance pour recevoir les noms et demeures de tous les malades, la date de leur entrée en traitement et toutes les autres indications nécessaires.

Les malades atteints d'affections aiguës seront visités au moins une fois par semaine, par un administrateur ou commissaire de bienfaisance, porteur d'une feuille, où il consignera ses observations, particulièrement en ce qui concerne les soins dont ces malades sont l'objet de la part du médecin.

Une Commission composée du président ou d'un vice-président du bureau de bienfaisance, d'un administrateur ou commissaire, du secrétaire trésorier du bureau et d'un des médecins, se réunira toutes les semaines pour prendre connaissance de tout ce qui intéresse le service des malades et notamment des feuilles de visite. Elle statuera sur les secours qui devront être accordés, tant en médicaments qu'en aliments, en linge ou autres effets, même en argent, s'il y a lieu. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, les secours les plus indispensables pourront être délivrés immédiatement sur bons du président, sauf à lui à en rendre compte à la Commission.

Pour les malades non inscrits au contrôle des pauvres, c'est-à-dire pour les ouvriers nécessiteux, pour les personnes chargées de famille, en un mot, pour tous les individus notoirement dénués de ressources, le traitement à domicile sera commencé, soit sur leur demande, soit sur la réquisition du maire ou d'un des administrateurs du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, soit sur celle du directeur de l'assistance publique.

Nous passons tout ce qui, dans le nouveau règlement, se rapporte aux mesures d'ordre purement administratives. Ce quo nous avons voulu faire ressortir, et ce que la population nécessiteuse de Paris appréciera comme nous, c'est le bienfait qu'elle est appelée à en recueillir.

Ainsi, désormais, les hôpitaux désencombrés s'ouvriront pour les individus isolés, pour les étrangers surpris par la maladie loin du lieu de leur domicile, pour toutes les personnes atteintes d'affections graves dont la guérison exige les soins assidus et dévoués que de savants médecins et de charitables sœurs y prodiguent à tous ceux qui souffrent; mais le père ou la mère de famille malade ne sera plus forcé, pour se faire traiter, de quitter le foyer domestique, et de laisser à l'abandon ses enfants en bas âge ou de jeunes filles exposées aux dangereuses suggestions de la misère. Celui qu'une répugnance quelconque, bien qu'irréfléchie, éloigne de l'hôpital, ne sera plus exposé à souffrir sans soulagement et à mourir sans secours. Ajoutons que, dans beaucoup de cas, les progrès du mal seront arrêtés par des remèdes administrés à propos, et que la guérison en sera d'autant plus prompte et plus sûre.

Déjà cette utile organisation subsiste et fonctionne dans le 5me arrondissement, où elle a été introduite par les soins d'un administrateur habile autant que charitable, M. Vée, ancien maire de cet arrondissement, aujourd'hui l'un des deux inspecteurs généraux de l'assistance publique, et le bien qu'elle y a produit est une garantie certaine du succès qu'on doit espérer d'une semblable mesure étendue à tous les quartiers de Paris.

Le nouveau règlement doit recevoir son exécution seulement à partir du 1er janvier 1854.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Lorsqu'une épidémie sévit pour la première fois dans une localité, le médecin, pris pour ainsi dire au dépourvu, n'a guère, vis-à-vis de la société et de la science, que le devoir de remplir les indications symptomatiques; mais lorsque le fléau dévastateur a passé, il réunit les matériaux épars, il compare les statistiques, les étudie, surtout dans leurs éléments; se forme sur les causes prochaines ou lointaines, sur la nature, sur le siége de la maladie, sur le traitement qui lui paraît le mieux approprié ou *le plus heureux*, un ensemble de propositions médicales et thérapeutiques; et, fort d'une conviction basée sur l'étude, il attend la réapparition du fléau avec une certaine confiance.

L'invasion actuelle du choléra, ses progrès et l'effroi qu'il jette dans les populations, m'engagent à réunir mes notes, à poser les principes qui m'ont guidé pendant l'épidémie de 1849; fort de mes études, je n'hésite pas à venir affirmer avec quelque assurance, que si la mission du médecin est grande pendant la période d'incubation, elle ne se termine pas avec elle; et que nos confrères, loin de se laisser décourager lorsque le choléra est confirmé, doivent appliquer, avec vigueur, avec persévérance, certains moyens curatifs; car l'efficacité de leur intervention n'est pas aussi bornée qu'on le pense, et toute hésitation à cet égard deviendrait coupable.

Comme je l'ai dit, pour asseoir rationnellement les bases d'un traitement, il faut primitivement avoir une conviction sur le siége et la nature de la maladie que l'on doit combattre.

Le choléra-morbus reconnaît pour cause prochaine une *constitution médicale spéciale* : que cette constitution ait pour base un élément unique, ou soit la résultante de plusieurs éléments, peu importe.

Il apparaît dans les années humides et chaudes, et sévit particulièrement dans les lieux bas, mal aérés, où la population est agglomérée.

Il frappe indistinctement toute la localité qu'il envahit, et, à quelques rares immunités près, on peut affirmer que toute la population est atteinte; d'où un premier degré : *l'influenza.*

Introduit dans l'organisme par toutes les voies d'absorption, le choléra agit électivement sur le système nerveux ganglionnaire, d'où irradiation sur la nutrition interstitielle, sur les fonctions d'absorption, de sécrétion et sur le système nerveux cérébro-spinal.

Dans la forme la plus commune, il s'établit une phlegmorrhagie qui

prive le sang de ses principes liquides, et alors la *chair coulante* revêt des caractères particuliers.

Le choléra, dans sa forme la plus légère, *influenza*, comme dans sa forme la plus intense, choléra confirmé, exerce sur l'économie une action hyposthénisante, une sidération profonde.

Je formulerai donc ainsi mon opinion sur les causes, le siége et la nature du choléra :

1° Le choléra a électivité sur le système nerveux ganglionnaire.

2° Le choléra est une affection hyposthénique.

3° Le choléra est une affection *spécifique*, reconnaissant pour cause prochaine une constitution médicale spéciale.

Le traitement d'une affection dont le problème est ainsi posé comporte donc :

1° De s'opposer par une bonne hygiène à l'influence de la constitution régnante ;

2° D'administrer des médicaments agissant sur les modalités pathologiques du système nerveux ganglionnaire ;

3° De choisir ces médicaments dans le genre des hypersthénisants.

Subsidiairement, de remplir certaines indications, ainsi : maintenir le sang à l'état fluide; empêcher la déperdition du calorique animal et au besoin en fournir par les moyens externes.

Ces prémisses posées, j'aurais voulu, si l'espace que comporte un journal l'eût permis, donner un certain nombre d'observations revêtant les diverses formes de la maladie, à l'appui de mon encourageante affirmation que le choléra confirmé est susceptible de guérison dans la majorité des cas, quand le médecin le traite avec vigueur et persévérance.

L'hygiène tient le premier rang parmi les moyens de conserver la santé, mais les agents thérapeutiques deviennent les instruments nécessaires quand l'homme est sous l'influence du mal régnant.

Déjà, dans la livraison du 15 octobre du *Bulletin de Thérapeutique*, page 313, j'ai donné ma médication de la cholérine, et je puis affirmer, avec satisfaction, que depuis cette publication, plus de soixante nouveaux cas ont été enrayés dans les vingt-quatre heures.

Après quelques tâtonnements, dont je retrouve les traces dans mes observations inédites, je résume dans les propositions suivantes le traitement du choléra à ses différentes périodes et dans ses diverses manifestations. Sans parler des moyens hygiéniques bien connus aujourd'hui, nous recommandons, pendant la période d'incubation, les infusions de camomille et de cannelle, comme agents prophylactiques. Et pendant l'apogée du fléau, l'usage d'une à deux cuillerées à café par jour de la potion suivante, suivant l'âge et la constitution :

Pr. Quinquina calysaya......... 15 gr.
Faites S. A. un décocté de........ 200 gr.

Ajoutez :

Acide sulfurique dil............ 1 gr.
Teint. de musc................ 1 gr.

J'ai observé plusieurs formes d'*influenza :* aux malaises épigastriques, j'oppose le sous-nitrate de bismuth, à la dose d'un à trois grammes dans les vingt-quatre heures. S'il s'y joint quelques nausées et des borborygmes (forme bilieuse), je prescris l'ipécacuanha à dose réfractée, de 5 centigrammes à 1 gramme dans les vingt-quatre heures ; enfin, aux individus chez lesquels il y a tendance aux syncopes, je donne à plus haute dose mon décocté de quinquina musqué.

Le second degré du choléra, ou la cholérine, doit être traitée suivant sa forme, par les moyens que j'ai indiqués dans l'article inséré dans ce journal (page 313), et en administrant le décocté de quinquina dans la convalescence, si la diarrhée est sans complication.

Chez certains individus d'un tempérament pléthorique, on voit la cholérine se compliquer de phénomèmes congestifs, violente céphalalgie : il ne faut pas craindre dans ces cas de faire appliquer quelques sangsues à l'anus.

Chez d'autres, au contraire, la diarrhée est presque nulle, mais il y a une tendance aux syncopes : il faut alors faire coucher le malade, l'entourer de corps chauds et lui administrer, de deux en deux heures, une cuillerée du décocté de quinquina et d'excellent bouillon de bœuf.

J'arrive au choléra confirmé, dont j'ai observé plusieurs formes. Forme phlegmorrhagique : je fais envelopper le sujet dans une couverture de laine ; on l'entoure de corps chauds, et je prescris des sinapismes sur les parties atteintes de crampes, un vésicatoire à la région épigastrique ; ipécacuanha à la dose de 2 à 4 grammes, jusqu'à cessation des vomissements ; lavement de séné ou d'aloès, jusqu'à rétablissement des selles non spécifiques ; potion ammoniacale ; élever la dose d'acétate d'ammoniaque jusqu'à 100 grammes dans les quarante-huit heures ; infusé de camomille et glace dans la bouche ; si le hoquet persiste, soulever l'épiderme et appliquer de la morphine.

Quand la réaction se produit, donner le décocté de quinquina. Quelquefois j'ai vu survenir, au début de la réaction, un peu d'épistaxis ; aussitôt les paupières tombaient et le malade semblait en somnolence : dans ce cas, j'ai fait appliquer quelques sangsues derrière les oreilles (quatre). La réaction devient alors franche ; quelques cuillerées d'eau rougie, d'eau et de sirop de groseille et un peu de bouillon

suffisent au convalescent. J'ai retrouvé quelquefois la forme congestive que j'avais observée dans les deux premiers degrés de la maladie. La réaction est alors violente, impétueuse, et quoique le sujet accuse encore un peu de froid vers les extrémités inférieures, il faut se hâter de débarrasser le cerveau par une application de sangsues derrière les oreilles, douze à vingt, et donner des lavements de séné et d'aloès.

Dans la forme syncopale du troisième degré, je fais environner le malade de corps chauds et j'administre le sulfate de quinine, comme si j'avais affaire à une fièvre intermittente pernicieuse. Pendant la convalescence, je donne le décocté de quinquina.

En résumé, le choléra, ai-je dit, est une affection hyposthénisante à électivité sur le système nerveux ganglionnaire. Les médicaments que nous avons administrés sont tous des agents hypersthénisants à électivité sur le système nerveux.

Un d'entre eux, l'acétate d'ammoniaque, jouit d'une propriété particulière : non-seulement il élève la température animale, mais encore il est, à haute dose, fluidifiant, il maintient le sang à l'état liquide et le laisse, par suite, en état d'être promptement remis en circulation.

Je ne prétends pas avoir épuisé la série des agents qui peuvent être utilisés contre ce terrible fléau ; loin de là, il en est quelques-uns non expérimentés que je recommande à l'attention de nos confrères ; ainsi les préparations de cuivre : le sulfate de cuivre ammoniacal, la teinture de cuivre de Lewis, qui ont été administrés avec succès dans certaines modalités pathologiques épileptiformes, pourraient être ajoutés dans la potion ammoniacale, comme moyens de juger les crampes. Les préparations de phosphore seraient encore un hypersthénisant utile, s'il s'agissait d'exciter vivement l'organisme ; les préparations d'arsenic pourraient être bonnes, à très-petites doses, dans la prophylaxie.

Les moyens que je préconise m'ont donné des résultats si satisfaisants que j'ose infirmer l'opinion trop accréditée dans les populations et même parmi les médecins, de l'incurabilité presque absolue du choléra confirmé. LECOINTE, D.-M. P.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES RÈGLES POUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME.

Par M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite.)

Nous avons passé en revue les conditions que doivent remplir le liquide anesthésique et les appareils qui servent à l'administrer, celles

que l'organisme doit offrir pour le supporter sans péril (1) ; il nous reste à faire connaître les règles qui doivent guider le chirurgien dans la pratique de l'inhalation elle-même.

Et d'abord, quelle position convient-il de donner au malade? Tous ceux qui reconnaissaient la nature syncopale des accidents chloroformiques durent reconnaître aussi l'utilité de la position horizontale, dès longtemps conseillée dans le traitement de la syncope. Pour rendre justice à qui de droit, je dirai seulement que dans une lettre adressée à l'Académie de médecine (18 juillet 1848), M. le docteur Mercier, partant de cette idée que le chloroforme donne la mort, ou par une certaine viscosité du sang qui en gênerait le passage à travers le poumon, ou par une paralysie du cœur qui participerait au collapsus général, terminait sa communication par deux conclusions, dont la première était ainsi conçue : « Ne jamais traiter un malade par les agents « anesthésiques qu'après l'avoir mis dans une situation horizontale. » J'ajouterai que M. Stanski (Union médicale, 10 février 1849) a de nouveau insisté sur la nécessité de cette position ; et qu'enfin M. le professeur Bouisson, dans son Traité de l'anesthésie, publié en 1850, rappelle qu'il a été le premier à signaler l'importance de cette précaution, qui concourt si efficacement, dit-il, à assurer le succès des inhalations anesthésiques.

Mais M. Stanski a été plus loin. Il fait remarquer que dans tous les cas de mort connus jusqu'à cette époque, les malades avaient été éthérisés dans la position assise, et il regarde cette position comme ayant été la *cause principale, sinon la seule*, de ces terminaisons aussi rapidement funestes. Ce confrère s'est exagéré l'importance de la position horizontale: il existe aujourd'hui un nombre malheureusement trop grand d'observations où la mort est survenue, bien que les malades aient été éthérisés dans cette position, pour qu'il soit autorisé à soutenir encore cette manière de voir. Ainsi, les malades de M. Vallet (d'Orléans) et celui de M. Rook, dont les observations ont été consignées dans notre rapport, étaient couchés. Dernièrement encore, MM. Quain, Paget et Dunsmure ont perdu des malades qui, par la nature même des opérations qu'ils avaient à subir, devaient être nécessairement dans la position horizontale.

Conformons-nous donc au précepte qui vient d'être posé, toutes les fois que nous le pourrons, car il est excellent, mais n'espérons pas y trouver un abri certain contre la syncope.

Une précaution, dont l'importance est facile à apprécier, consiste à s'assurer toujours que l'estomac est dans l'état de vacuité avant qu'on

(1) Voir la livraison précédente, p. 442.

procède à l'éthérisation. Il est, en effet, reconnu que le chloroforme agit avec beaucoup moins de rapidité lorsque les malades ont pris des aliments solides ou liquides, même en petite quantité. Et d'ailleurs, le trouble causé dans l'organisme par l'anesthésie étant de nature à suspendre la digestion stomacale et disposer le malade au vomissement, ce précepte n'acquiert-il pas une nouvelle importance? On sait que le vomissement est précédé de malaise, de petitesse du pouls et parfois même de syncope. Or, cette syncope empruntera à l'état anesthésique dans lequel se trouve le malade une extrême gravité, et pourra même devenir mortelle.

Une précaution qu'on ne doit pas négliger est d'écarter soigneusement toutes les entraves que les vêtements pourraient apporter à la liberté de la circulation et de la respiration. Enfin, il faut placer le malade dans un local aussi aéré que possible, et à une température moyenne de 14 à 18 degrés.

Il importe d'avoir à sa disposition un aide habitué à manier le chloroforme. Cependant, je pense que le chirurgien lui-même doit présider à l'inhalation et en surveiller les effets jusqu'au moment où il va commencer l'opération. Non-seulement il doit suivre les progrès de l'éthérisation, son influence sur la sensibilité et la myotilité, mais il doit surtout ne point perdre de vue l'état de la respiration et du pouls. Suivant MM. Malgaigne et Bickersteth, la surveillance du pouls ne serait qu'une précaution fort secondaire. Voici comment s'exprime M. Malgaigne à ce sujet : « La manie de s'occuper du pouls pendant l'éthérisation détourne l'attention des phénomènes respiratoires; et notre avis est qu'on verrait beaucoup moins d'accidents si l'on s'occupait un peu plus d'assurer la régularité de la respiration. »

Après avoir pris soin, comme nous l'avons fait, de démontrer que dans beaucoup de cas la mort est arrivée par syncope, il serait tout à fait illogique de notre part de ne pas insister sur la nécessité de surveiller le pouls. Et s'il était utile de grossir le nombre des faits que nous avons invoqués, nous renverrions à une observation que nous aurons besoin de rappeler plus tard, à un autre point de vue. Elle vient d'être publiée dans le Monthly journal, par M. Dunsmure, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Edimbourg. Il y est dit expressément qu'au moment de la mort, les deux chirurgiens, qui avaient la main sur le pouls, affirmèrent que les battements du cœur avaient cessé avant les mouvements respiratoires. Il n'est pas besoin d'ajouter que nos recommandations n'excluent pas l'attention qu'on doit prêter aux fonctions du poumon.

Les vapeurs anesthésiques doivent d'abord être mêlées à l'air dans

des proportions tellement faibles que dans aucun cas on ne puisse avoir à redouter des accidents sérieux. J'ai l'habitude de débuter en versant dans l'appareil de M. Charrière 1 gramme de chloroforme chez les enfants, et 4 grammes chez les adultes, et en ayant soin de disposer la bague mobile adaptée au tube d'inhalation de telle sorte qu'il passe par ce tube la plus grande quantité d'air possible. Si aucun trouble ne se manifeste du côté de la respiration, je ferme peu à peu l'ouverture ménagée à l'aide de la bague, puis j'ajoute à l'appareil une nouvelle dose de liqueur. Mais si le contact des vapeurs paraît pénible pour la muqueuse pulmonaire, s'il survient de la toux, du spasme de la glotte, de la turgescence de la face et des veines du cou, si l'on observe des mouvements de déglutition accompagnés de resserrement des mâchoires et d'occlusion spasmodique de la bouche; si enfin la respiration est trop accélérée ou trop lente, je donne de nouveau accès à une plus grande quantité d'air au moyen de la bague mobile. Si cela ne suffit pas, j'enlève momentanément l'appareil, je fais ouvrir la bouche et desserrer les mâchoires. Un peu d'agitation, de loquacité, de délire bruyant, ne me préoccupe pas. Mais il n'en est plus de même si cette agitation et ce délire s'accompagnent d'une violente congestion au cerveau avec injection de la face, comme il n'est pas rare de l'observer. Dans ce cas, je suspends encore l'inhalation.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, j'ai pour principe de ne point la discontinuer avant que l'insensibilité soit bien établie; et je me borne à maintenir le degré de concentration des vapeurs que le malade tolère, en versant de temps en temps dans l'appareil de petites doses de 1 à 4 grammes. Il ne faut pas oublier que, l'action du chloroforme étant successive et progressive, on doit arriver au point voulu d'insensibilité et de résolution *par le seul fait de la continuité de cette action* et sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les doses de l'agent anesthésique.

Les règles que je viens de poser offrent beaucoup d'analogie avec les principes proclamés depuis longtemps par M. Sédillot; cependant elles en diffèrent par deux points qu'il importe de signaler. Ainsi, 1° tandis que je conseille de maintenir seulement la continuité des doses qu'on a reconnu pouvoir être tolérées par le malade, le chirurgien de Strasbourg veut qu'aussitôt que les inspirations sont bien supportées, on donne les plus fortes quantités possible dans le temps le plus court, ce qui est, suivant lui, le meilleur moyen de prévenir la période d'excitation et une anesthésie trop profonde.

J'ignore jusqu'à quel point l'expérience a pu autoriser notre éminent collègue à tenir ce langage; mais ce que l'on sait du danger de la

concentration des vapeurs anesthésiques ne me permet pas d'adopter cette pratique. C'est en faisant inspirer aux animaux des vapeurs de plus en plus concentrées qu'on les fait périr en peu de temps.

Lorsqu'il y a un peu d'exaltation, des mouvements brusques, des signes d'une ivresse bruyante, sans que la respiration et la circulation soient gênées, et qu'on a activé sans succès l'action du chloroforme, M. Sédillot veut qu'on maintienne le malade et qu'on cherche à le sidérer par de grandes doses de l'agent anesthésique. Ici encore, et malgré toute l'autorité de notre savant confrère, nous sommes obligé de rejeter ce précepte, qui, par les raisons sus-énoncées, ne nous paraît pas exempt de danger.

Dans le cours de la discussion, M. Gosselin a beaucoup insisté sur l'utilité de l'intermittence des inhalations. Il ne se borne pas, comme le font tous les chirurgiens, à interrompre momentanément l'emploi du chloroforme dès qu'il survient quelque trouble dans la respiration ou la circulation; mais il veut encore qu'on la suspende de temps en temps, dans le cas même où les phases de l'éthérisation se succèdent d'une façon régulière. Il trouve à cette pratique l'avantage d'empêcher la concentration du chloroforme sur les organes importants à la vie.

« En laissant, dit-il, à l'agent anesthésique le temps de se répartir dans tout le torrent circulatoire, on laisse aux organes celui de s'habituer à son contact. Beaucoup de personnes ont l'habitude de laisser leur appareil en place tout le temps nécessaire pour que l'insensibilité soit obtenue. On oublie que les effets anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore, après qu'on a cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. Il n'y a donc pas d'inconvénient, il y a grand avantage, selon moi, à suspendre pendant quelques secondes, pendant lesquelles on voit comment fonctionnent les grands appareils de la vie organique. »

Je ne puis que louer la prudence qui a dicté d'aussi sages conseils. Toutefois, je ne pense pas qu'il y ait utilité à les adopter d'une manière générale. J'estime qu'en graduant avec prudence les proportions de vapeur anesthésique mêlée à l'air, on empêche tout aussi bien la concentration du chloroforme sur les organes importants, et qu'on laisse l'organisme s'habituer au contact de cet agent. En interrompant sans nécessité les inhalations, ne perd-on pas une partie des effets déjà obtenus, et ne prolonge-t-on pas inutilement une opération toujours fatigante pour le malade?

M. Gosselin motive encore son opinion sur ce que les effets anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore après qu'on a cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. S'il me fallait m'en

rapporter aux résultats de mon expérience, je ferais observer à notre collègue que ce n'est point au début de l'éthérisation, alors qu'on cherche à produire l'insensibilité, que se remarque cette tendance, mais bien lorsqu'on a obtenu la plénitude des effets du chloroforme, c'est-à-dire à l'instant où le patient est tombé dans l'insensibilité et la résolution.

Le degré auquel il convient de porter l'éthérisation varie suivant le but qu'on se propose d'atteindre. Tantôt, en effet, on désire seulement abolir la sensibilité, prévenir la douleur; tantôt on veut se débarrasser de la contractilité musculaire, lorsqu'il s'agit, par exemple, de réduire une hernie, une luxation, de pratiquer le cathétérisme chez les sujets très-irritables, de procéder au diagnostic de certaines maladies chirurgicales, etc. Dans le premier cas, si l'opération a peu d'importance et doit avoir peu de durée, comme celles qui n'intéressent que la peau, celle-ci surtout étant déjà amincie par des décollements et des abcès, il suffit d'émousser pour ainsi dire la sensibilité; tandis que, dans les opérations longues et devant diviser une grande épaisseur de tissus, il faut obtenir une anesthésie complète.

Voyons à quels signes on peut reconnaître ces diverses phases de l'éthérisation.

On a généralement l'habitude de pincer le malade, de le piquer, et s'il ne réagit par aucun signe de douleur, on juge le moment favorable pour commencer l'opération. Mais cette pratique est loin d'être certaine, et il est arrivé à tous les opérateurs de voir se réveiller violemment, sous l'action du bistouri, des sujets qui étaient impassibles sous ces moyens ordinaires d'exploration. On a aussi conseillé d'exciter la conjonctive, sans doute dans la pensée que, la sensibilité étant abolie dans cette membrane éminemment irritable, elle doit l'être à plus forte raison dans toutes les autres parties du corps. Ce conseil peut être suivi, bien qu'il ne mérite pas une confiance absolue. Plusieurs fois chez l'homme, et surtout chez les animaux, nous avons vu les instruments tranchants ne provoquer aucune douleur, alors que la conjonctive ne pouvait être impunément touchée, et réciproquement. Lorsqu'on a besoin d'une insensibilité absolue, il est nécessaire d'arriver jusqu'à la résolution musculaire.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui caractérisent cette dernière. Lorsque les membres soulevés retombent comme des masses inertes, elle n'est douteuse pour personne. Nous dirons cependant qu'elle aussi peut n'être qu'apparente. Nous avons souvent observé que chez des individus qui semblaient du reste en résolution complète, mais dont les pouces restaient convulsivement fléchis dans la paume de la main, des contractions générales plus ou moins violentes se manifestaient aussitôt

que le chirurgien exécutait quelque manœuvre capable de réveiller la sensibilité.

Ainsi que nous l'avons dit, tous les sujets ne subissent pas avec une égale facilité l'influence du chloroforme. Indépendamment des aptitudes individuelles très-diverses, que l'on ne peut reconnaître *à priori*, il est des circonstances qui en modifient puissamment les effets. On s'accorde généralement à reconnaître que l'abus des boissons alcooliques rend l'organisme moins accessible à l'action des anesthésiques. Il en est de même de l'agitation à laquelle certains malades sont en proie avant de subir une opération chirurgicale. On a vu aussi sur les champs de bataille des soldats, blessés dans le feu de l'action, éprouver un état de surexcitation morale qui les rendait réfractaires au chloroforme. On lit, dans un intéressant travail de M. le docteur Yvonneau, qu'au siége de Rome, après l'affaire meurtrière de la villa Pamphili, deux chirurgiens français, MM. Pasquier et de Santi, ont fait de vains efforts pour obtenir l'insensibilité avec le chloroforme chez les sujets qu'ils voulaient opérer. Telle était l'agitation nerveuse, que des aides nombreux suffisaient à peine à contenir les malades. Les chirurgiens furent obligés d'y renoncer. (De l'emploi du chloroforme, 1853, pag. 33.)

Quelques régions du corps, richement pourvues de filets nerveux, conservent leur insensibilité plus longtemps que les autres. Tous les praticiens ont reconnu ce fait, signalé, je crois, d'abord par M. Vidal (de Cassis), pour l'anus et les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Enfin quelques individus, dont l'organisation ne présente de prime abord rien de spécial, ne peuvent jamais devenir insensibles, quelque loin qu'on pousse l'éthérisation. Chose remarquable, le très-petit nombre de sujets qui m'ont présenté cette particularité étaient affectés de maladies de l'anus ou des organes génitaux. Je me rappelle, entre autres, un jeune homme auquel je me proposais d'exciser d'énormes végétations syphilitiques implantées sur le périnée et au pourtour de l'anus. A diverses reprises je prolongeai chez lui les inhalations jusqu'à la résolution, au stertor et à la pâleur de la face, et chaque fois que je tentais de saisir et de couper une de ces tumeurs, il bondissait sur son lit en poussant des cris horribles. Ce fut bien pis encore quand je dus appliquer le cautère actuel; il fallut alors le faire contenir par quatre aides. A son réveil, il n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé.

L'emploi des anesthésiques, à son début, donne presque toujours lieu à un état d'excitation caractérisé par l'injection des conjonctives, la coloration du visage, du délire et des mouvements convulsifs. Tant

que ces phénomènes n'offrent qu'une intensité médiocre, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, l'expérience ayant prouvé qu'ils se dissipent sans laisser de traces. Mais, chez quelques sujets, cette excitation se manifeste avec une telle violence qu'elle constitue un état grave et de nature à faire craindre, soit des épanchements apoplectiques, soit un collapsus fâcheux. Dans une note que j'ai adressée en 1849 à l'Académie de médecine sur le chloroforme, j'ai rapporté plusieurs faits de nature à mettre en évidence cette espèce de danger; et j'en ai conclu que, lorsque ces symptômes se présentent et qu'ils ne cèdent pas promptement, il est prudent de ne pas continuer les inhalations.

Quand les phénomènes de l'éthérisation se sont succédé régulièrement et que l'on a obtenu l'état dit de tolérance anesthésique, c'est-à-dire l'abolition de la sensibilité et des mouvements, avec intégrité de la respiration et de la circulation, on peut y maintenir plus ou moins longtemps les sujets, en ayant le soin de suspendre l'inhalation jusqu'à ce que la sensibilité commence à se réveiller. Il suffit alors de quelques doses de chloroforme pour replonger de nouveau le malade dans l'anesthésie. Cet état de tolérance peut être ainsi prolongé pendant plus d'une heure, sans qu'il en résulte, en général, d'inconvénients graves.

Il ne faut pas perdre de vue que, les effets du chloroforme étant progressifs, on ne manquerait pas, si l'on prolongeait l'inhalation, de porter tôt ou tard une atteinte funeste à la respiration et à la circulation. J'ai trouvé, dans les recueils scientifiques, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'oubli de cette vérité a failli coûter la vie aux malades.

Dans les cas ordinaires, le réveil est suivi d'un peu d'abattement, de nausées et de céphalalgie, qui se dissipent en douze ou vingt-quatre heures. Mais quand les effets de l'éthérisation ne se sont produits qu'avec difficulté et lenteur, ou que l'éthérisme a dû être prolongé pendant longtemps, l'abattement est considérable, et il reste une tendance à la syncope qui doit être surveillée avec une grande attention. Il ne faut pas oublier que la mort a pu survenir dans des conditions semblables.

Chez un jeune homme récemment admis à l'hôpital Beaujon pour y être traité d'une luxation de l'astragale, l'éthérisation dut être prolongée pendant plus de vingt-cinq minutes avant d'arriver au degré de résolution voulu pour tenter la réduction. Après de longs efforts demeurés infructueux, je dus abandonner le malade ; il ne recouvra l'usage de ses sens qu'au bout d'une demi-heure environ, puis il conserva pendant toute la journée un abattement extrême, accompagné de

tendance lipothymique. Je fus obligé de le faire surveiller attentivement et de soutenir ses forces, soit avec du bouillon froid, soit avec de l'eau de Seltz coupée avec du vin. Au bout de vingt-quatre heures, ces symptômes avaient complétement disparu.

Tels sont les préceptes qui nous ont paru devoir guider les chirurgiens dans la pratique de l'éthérisation. ROBERT.

(*La fin au prochain numéro.*)

DE LA CAUTÉRISATION CIRCULAIRE DE LA BASE DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES INTERNES, COMPLIQUÉES DE PROCIDENCE DE LA MUQUEUSE DU RECTUM.

Par M. le docteur ALPHONSE AMUSSAT.

(Suite et fin.) (1),

Cette première garderobe est toujours un peu douloureuse, et le malade rend quelques gouttes de sang ; chez deux de nos opérés, il s'en est écoulé environ 50 à 80 grammes, sans qu'il y ait eu, du reste, d'autre inconvénient qu'une faiblesse un peu plus grande, à laquelle nous avons opposé une alimentation plus réparatrice. Si le bouillon de bœuf pour toute nourriture ne fatigue pas trop le malade, ce qui a lieu ordinairement, nous l'engageons à le continuer encore quelques jours, en tenant compte de l'époque de la chute des escarres, et d'après l'état supposable de la surface suppurante, dont on aperçoit généralement l'extrémité à l'orifice anal. Il est inutile de faire observer que dès que le malade n'éprouve plus de sensation douloureuse à la région anale, nous supprimons les grands bains qui, joints à la diète, l'affaibliraient trop. Notre but, en continuant simplement le bouillon, est d'éloigner la seconde garderobe et de la rendre aussi minime que possible. Si cependant cette alimentation ne soutient pas assez les forces, ou s'il survient du dégoût, nous la remplaçons par des œufs frais, par du jus de viande et un peu de pain ou d'échaudé, en augmentant graduellement leur quantité. La seconde garderobe a lieu ordinairement du douzième au quinzième jour, et doit être précédée des précautions que nous avons mentionnées pour la première. A cette époque, notre malade commence à reprendre son genre de vie habituel, un grand nombre sortent, et quelques-uns reprennent alors leurs occupations, en ayant soin néanmoins de prendre de temps en temps un bain de siége, de lotionner l'anus avec de l'eau tiède plusieurs fois par jour, et surtout après avoir été à la selle.

Tels sont les phénomènes que nous avons observés, et les soins que nous conseillons après la cautérisation circulaire de la base des tumeurs

(1) Voir la livraison du 15 novembre, page 397.

hémorrhoïdales simples, ou compliquées de la procidence de la muqueuse rectale voisine.

On conçoit dès lors facilement que, non-seulement nous n'avons jamais perdu de malade des suites de l'opération, mais encore qu'ils ne nous ont même jamais donné d'inquiétude. J'ajouterai que nous n'avons jamais vu paraître le moindre symptôme de pyoémie.

Il conviendrait peut-être de comparer, actuellement, cette nouvelle méthode de traitement avec celles généralement usitées, la ligature et l'excision : mais ce parallèle me ferait sortir des bornes de ce travail; il me suffira de faire remarquer que nous n'avons jamais observé les accidents nerveux et de phlébite, que l'on a reprochés à la ligature. Nous n'avons jamais eu les hémorrhagies et les résorptions purulentes funestes, qu'occasionne l'excision. Dans un prochain travail, j'examinerai, comparativement, les autres modes de cautérisation, employés dans le traitement de l'affection hémorrhoïdale.

On a remarqué, sans doute, que les cinq observations que j'ai citées étaient celles d'hémorrhoïdaires ayant déjà passé l'âge adulte ; les autres faits que je connais confirment l'opinion généralement admise sur cette affection, à savoir, qu'elle est plus commune chez les personnes qui ont dépassé quarante ans que chez celles qui sont plus jeunes. On est en droit de se demander s'il convient bien de cautériser des tumeurs hémorrhoïdales chez des vieillards, et surtout lorsque, existant depuis longtemps, elles ont, pour ainsi dire, pris droit de domicile, et paraissent intimement liées à la constitution. Comme je l'ai déjà indiqué, nous n'enlevons jamais toutes les tumeurs, nous bornant à opérer celles qui gênent le plus ; et, quoiqu'on nous ait déjà objecté qu'en agissant ainsi on ne détruisait pas complétement l'affection, et que les tumeurs qu'on laissait pouvaient se développer plus tard, et mettre le malade dans la nécessité de se faire opérer de nouveau, comme jusqu'à présent cette reproduction a été très-rare, et qu'en agissant ainsi nous n'avons jamais eu que des résultats heureux, nous pensons devoir persévérer dans cette ligne de conduite. En un mot, nous pensons qu'il convient de n'enlever que les tumeurs qui sont réellement préjudiciables à la santé.

Parmi les avantages qui en résultent, je signalerai, d'abord, la cessation de cette irritation continue et vive qu'occasionnent la sortie et le frottement perpétuels des tumeurs entre elles. Ce frottement ne tarde pas à enlever l'épithélium des surfaces qui sont en contact ; les malades ressentent une cuisson constante qui les énerve ; ils voient paraître un écoulement muco-purulent qui les affaiblit, à une époque de la vie où les pertes que fait l'économie se réparent lentement et difficilement. De

plus, ils sont privés du peu de mouvements que leur permettent encore leurs membres inférieurs, dans la crainte de voir leur état s'aggraver. Il est rare aussi que les phénomènes de la digestion ne soient pas plus ou moins troublés, et l'on comprend dès lors les avantages que l'on trouve à faire cesser un pareil état.

On doit néanmoins, après cette opération, redoubler de soin, afin d'éviter quelque retentissement du côté de la muqueuse des voies respiratoires ou sur le foie ; c'est au médecin du malade à le surveiller avec soin, surtout dans les premiers temps ; j'ajouterai que c'est surtout le printemps que l'on doit préférer pour ces opérations, afin d'avoir la belle saison pour époque de transition.

En résumé, de ce qui précède je crois pouvoir conclure :

1° Que la cautérisation circulaire, telle que je l'ai décrite, permet d'obtenir la guérison des tumeurs hémorrhoïdales et de la procidence de la muqueuse rectale qui les accompagne.

2° Que cette opération a toujours été, entre mes mains, d'une innocuité complète dans ses suites immédiates.

3° Que les hémorrhoïdaires opérés par mon procédé ont vu, dans la suite, leur santé s'améliorer, contrairement à l'opinion généralement admise.

D'abord, je pensais devoir terminer ici mon travail, ayant, je crois, suffisamment démontré la proposition que j'avais énoncée. Mais, en passant en revue les différents cas de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses et compliquées que j'avais observés, et en réfléchissant aux rapprochements que l'on peut établir entre l'affection dont je viens de parler, et la procidence de la muqueuse du rectum, simple ou compliquée de tumeurs hémorrhoïdales, c'est-à-dire aux cas où la complication devient par son développement l'affection principale, aux difficultés qui existent quelquefois à bien différencier ces deux états pathologiques, je me suis demandé si une méthode opératoire qui réussit aussi complétement dans un cas, ne peut pas être applicable dans l'autre. L'étude de l'étiologie et de la marche ordinaire du prolapsus de la muqueuse du rectum montrent que, commençant le plus souvent par compliquer l'affection hémorrhoïdale, elle peut devenir à la longue l'affection principale, par suite de son développement et des désordres qu'elle produit. Souvent, il est vrai, l'élément vasculaire sortant peu de ses limites ordinaires, le prolapsus appelle seul toute l'attention du chirurgien.

Dans l'un et l'autre cas, la cautérisation avec une pince porte-caustique n'est-elle pas applicable au bourrelet muqueux faisant saillie au dehors de l'anus, et ne peut-elle pas être considérée comme le corol-

laire logique du traitement que nous employons pour guérir les hémorrhoïdes?

Déjà la ligature, l'excision, la cautérisation, ont été employées dans le traitement du prolapsus de la muqueuse du rectum. Comme pour les hémorrhoïdes, la ligature a donné lieu à des accidents nerveux funestes, l'excision à des hémorrhagies graves; aussi ces deux méthodes nous paraissent-elles devoir être abandonnées dans l'un et l'autre cas.

La cautérisation à l'aide du fer rouge employée par les anciens, préconisée surtout par Marc-Aurèle Severin, indiquée par Sabatier, qui propose de tracer sur la tumeur des raies de feu, à l'aide d'une lame de fer chauffée à blanc, a été mise en pratique avec succès par M. le docteur Kluiskens, de Gand, et par plusieurs chirurgiens français.

Ce procédé, que nous croyons préférable aux deux premiers, nous semble cependant, comme pour les hémorrhoïdes, devoir être avantageusement remplacé par les caustiques.

On trouve dans les annales de la science, des faits de gangrène complète de la partie prolapsée, par suite de l'étranglement du sphincter, avec guérison. La première pensée serait donc de saisir la base du prolapsus avec une forte pince porte-caustique, et d'en produire immédiatement la mortification, comme on le fait pour les hémorrhoïdes, et en mitant ce que fait quelquefois la nature. En agissant ainsi, on ferait probablement plus qu'il n'est nécessaire, et l'on s'exposerait à un rétrécissement consécutif de l'ouverture anale.

Je pense qu'il suffirait en pareil cas, et qu'il serait préférable d'agir comme nous le faisons pour les tumeurs hémorrhoidales volumineuses, c'est-à-dire, de détruire, par le même procédé de cautérisation, la moitié, ou les deux tiers du bourrelet muqueux, de manière à ne pas avoir une cicatrice linéaire continue.

Telles étaient les déductions que je croyais pouvoir rigoureusement tirer des faits que j'ai signalés, lorsque, le 25 août dernier, M. X..., médecin des environs de Blois, qui connaissait les deux premières parties de ce travail, vint me consulter pour sa femme, affectée d'un prolapsus de la muqueuse du rectum, dont je donne ici l'observation. Ce fait, très-intéressant, vient donner à la proposition que j'ai émise, la sanction d'une expérience récente à la vérité, mais que j'espère établir d'une manière positive, lorsque le temps et les faits m'auront permis de lui faire subir les quelques modifications que l'expérience peut apprendre.

Obs. *Prolapsus volumineux de la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum ; cautérisation des deux parties latérales du bourrelet avec des pinces en T, garnies de caustique Filhos.* — Mme X..., âgée de soixante-trois ans, d'une constitution primitivement bonne, d'un tempérament lymphatique et

nerveux, ayant joui d'une bonne santé pendant son enfance, a été réglée à treize ans et n'a pas cessé de l'être régulièrement jusqu'à cinquante. Mariée à vingt-deux ans, elle fut mère un an après, et depuis lors, jusqu'à l'âge de quarante ans, elle le devint sept fois. Toutes ses couches ont été promptes et heureuses.

Jusqu'à l'âge de trente-trois ans, sa santé a été très-florissante; mais, à partir de cette époque, et à la suite d'un refroidissement des pieds dans l'eau froide, le corps étant en sueur, elle a été beaucoup plus variable, sans que pour cela les règles aient cessé d'être régulières, tant pour l'époque de retour, que pour la durée. La susceptibilité nerveuse est devenue plus grande, elle a eu un érysipèle à la face, et une fièvre continue rémittente grave.

Mme X... a toujours été tourmentée par une constipation opiniâtre; dans sa jeunesse, alors qu'elle n'avait pas recours aux lavements, elle était souvent dix, douze, et parfois quinze jours sans aller à la garderobe. Alors aussi avaient lieu des évanouissements plus ou moins prolongés et alarmants, à l'époque où les envies d'aller à la garderobe se faisaient sentir, et la malade faisait des efforts violents et prolongés pour expulser les matières fécales.

Plus tard, sous l'influence de lavements, les syncopes n'eurent plus lieu, mais les efforts pour aller à la garderobe ne cessèrent pas d'être prolongés, à cause de l'obligation dans laquelle elle se trouvait de prendre cinq ou six lavements de suite, pour que la défécation fût complète.

A cinquante-quatre ans, la malade s'aperçut que la muqueuse du rectum faisait procidence au dehors; mais elle n'était pas continue, et n'avait lieu qu'à des intervalles de deux, trois, ou quatre mois, et pendant trois ou quatre jours seulement. Alors elle était précédée de malaise général, de maux de tête, d'un sentiment de pesanteur, de chaleur dans le rectum, puis, survenait un écoulement sanguin assez abondant à l'occasion d'une selle, et tout rentrait dans l'état normal.

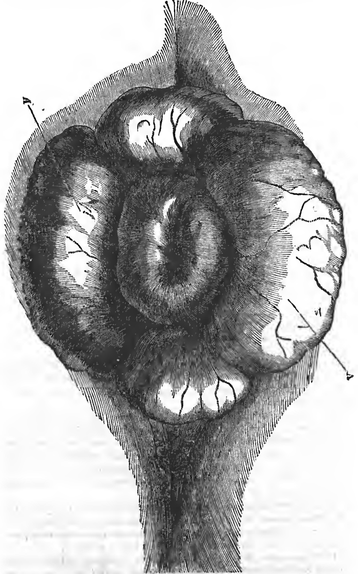
Deux années plus tard, sans que l'écoulement sanguin devînt plus fréquent, la procidence, d'intermittente qu'elle était, devint continue lorsque la malade était levée, et se manifesta, dès le principe, sous forme de quatre tumeurs non pédiculées, une supérieure, une inférieure ou périnéale, et deux latérales; la supérieure et l'inférieure plus petites que les deux latérales. Cette procidence devint de plus en plus volumineuse avec le temps, et de plus en plus gênante, par le sentiment de pesanteur et de tiraillement, qu'elle occasionnait dans la matrice et dans ses annexes. La malade ne pouvant plus faire un pas sans être obligée de mettre la main à son fondement et de le relever, excepté pendant quelques heures après son lever, lorsque la veille au soir elle avait pris des lavements, se décida à se soumettre à une opération chirurgicale.

Nous ajouterons, en terminant, que la malade, d'une grande sobriété, s'est toujours abstenue des aliments stimulants. Tels sont les renseignements qui m'ont été fournis par M. X...

M. X... avait déjà consulté plusieurs médecins distingués, sur le remède à apporter aux souffrances de sa femme; les uns avaient conseillé de s'abstenir de toute opération; un autre avait proposé l'emploi du fer rouge. Redoutant beaucoup ce dernier moyen, et, d'autre part, voyant son état s'aggraver de jour en jour, il vint avec la malade me consulter le 25 août dernier.

(Le dessin, ci-contre, fait sur nature, un peu avant l'opération, donne une idée exacte de l'affection. On voit, en effet, qu'il existait une es-

pèce de rosace muqueuse, sans délimitation exacte, sans sillons en un mot, comme dans l'affection hémorrhoïdale, et ne permettant pas un instant de se tromper sur le genre de maladie que l'on avait sous les yeux.)



Mme X... ayant pris un lavement, et l'ayant rendu en faisant des efforts de défécation, je pus examiner l'état de la muqueuse rectale, et juger l'éten-

due de l'affection. En explorant le vagin avec le doigt indicateur, je constatai que le col de l'utérus était soudé en arrière par un tissu de cicatrice, tel que mon père en obtient par la cautérisation, dans les cas de rétroversions et de rétroflexions. Ayant déjà réfléchi à l'analogie qui existait entre cette affection et celle qui fait le sujet de ce mémoire, j'en fis part à mon confrère, et je lui proposai de cautériser une partie de ce bourrelet muqueux, comme s'il s'agissait de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses. L'opération fut acceptée.

J'engageai Mme X... à se reposer pendant quelques jours des fatigues du voyage, à prendre des tisanes rafraîchissantes, et à se purger le 28.

Le 29, Mme X... ayant pris et rendu successivement deux lavements, en faisant des efforts de défécation aussi énergiques que possible, se plaça sur un lit garni d'une alèze et d'une toile cirée, dans la position ordinaire pour l'opération des hémorrhoïdes.

L'anus offrait alors l'aspect représenté par la figure précédente; considérant les deux portions latérales A A comme deux grosses tumeurs hémorrhoïdales, je les saisis chacune à leur base avec une forte pince porte-caustique en T, à lames protectrices, et quand j'eus placé les instruments aussi haut que possible, je mis le caustique à découvert, et je serrai fortement les deux écrous. Mais comme il n'existait entre les quatre portions de ce bourrelet que des scissures peu profondes, je fus obligé d'ajouter à l'une des extrémités de chaque pince, une pince à baguettes porte-caustique, garnie de pâte calcio-potassique, afin de faire artificiellement des sillons qui n'existaient pas.

Tout étant disposé comme je viens de l'indiquer, pendant les dix minutes que les instruments restèrent appliqués, je fis injecter un fort courant d'eau glacée sur la région anale, avec deux grands irrigateurs Eguisier. Sous l'influence de la compression très-énergique exercée par les pinces, et du courant d'eau glacée, la malade, très-nerveuse, supporta si facilement l'opération, qu'elle ne réclama point l'emploi du chloroforme, que nous étions convenus d'avance de lui faire respirer.

L'opération terminée, j'enlevai successivement les petites pinces, puis les pinces en T, et je continuai les irrigations d'eau glacée pendant environ un quart d'heure, en ayant soin de diriger le jet de liquide sur les points mis en rapport avec le caustique.

Après avoir enduit d'huile d'olive toute la muqueuse, je la fis rentrer à l'aide d'un taxis régulier, et la malade se plaça dans un bain de siége frais, ayant un tampon de linge sous la région anale, afin d'empêcher la procidence du bourrelet muqueux. Les douleurs qu'elle avait éprouvées après l'opération se calmèrent, et devinrent bientôt très-tolérables. Le soir, il y avait un peu de fièvre et une rétention d'urine complète, qui m'obligea à pratiquer le cathétérisme.

Le 30, il existe encore un peu de fièvre; la rétention d'urine continue. Cathétérisme. Le soir, le pouls s'étant ralenti, on donna du bouillon.

Le 31, la malade avait un peu dormi; rétention d'urine. Cathétérisme. Cuisson intérieure. Un peu de bouillon pour toute nourriture.

Le 1er septembre, Mme X... rendit par l'anus un liquide noirâtre, infect, que je considérai comme provenant des parties cautérisées: pas de douleurs; la rétention d'urine persiste. Cathétérisme. Bouillon.

Les jours suivants, la malade continua à rendre des matières noirâtres;

les gaz, qu'elle rendait difficilement, la gênèrent un peu et lui occasionnèrent quelques coliques. La rétention d'urine avait cessé le 2; il n'existait, du reste, ni douleurs ni réaction. Continuation du bouillon.

Le 6, il sortit une longue portion de tissu cellulaire mortifiée.

Les 8 et 9, il existe un peu de dévoiement. Eau de riz épaisse; pas de bouillon.

Le 11, on donne un verre d'eau de Sedlitz naturelle; évacuation de matières noires peu consistantes. Un peu de bouillon dans la soirée.

A dater de cette époque, la malade éprouva une amélioration sensible; elle ne fut plus tourmentée que par les gaz, qu'elle rendait toujours difficilement, et par un peu de pesanteur à la région anale. Le bouillon fut encore continué quelque temps comme seule nourriture.

Ayant été obligé de m'absenter pendant quelque temps, mon père se chargea de voir la malade, et de diriger le traitement.

Le 26, je revis Mme X... Elle se levait déjà depuis quelques jours, commençait à marcher, et à prendre une alimentation un peu plus substantielle.

Le 30, un mois après l'opération, j'examinai l'anus avec mon père et M. le docteur X...; rien ne paraissait au dehors, et notre confrère nous assura que lorsque la malade allait à la selle, on n'apercevait aucune procidence de la muqueuse du rectum; le lendemain, elle repartit pour la province.

Depuis lors, Mme X... a été souvent à la gardcrobe presque sans souffrir; toujours constipée, elle a rendu fréquemment des matières dures recouvertes d'abord d'un peu de sang, puis de matière purulente; de plus elle se promène, et jamais son mari n'a remarqué le moindre prolapsus.

En lisant cette observation, on remarque que pour le manuel opératoire et pour le traitement consécutif, j'ai suivi identiquement la méthode exposée précédemment pour la guérison des tumeurs hémorrhoïdales, c'est-à-dire, la cautérisation d'une portion du bourrelet muqueux, avec des pinces à gouttières remplies d'une pâte caustique, et ensuite une diète assez rigoureuse, afin d'éviter les gardcrobes, surtout après l'opération; aussi les suites ont-elles été aussi simples et aussi bénignes que pour l'affection dont je viens de parler.

On pourrait traiter sans doute le prolapsus à l'aide de la cautérisation directe avec un bâton de caustique Filhos; mais ce procédé, plus simple et ne nécessitant pas d'instrument spécial, serait plus douloureux, car on serait privé de la compression et de l'injection continue d'eau froide.

Jusqu'à présent le résultat de l'opération a été aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer, et il se maintiendra, si j'en juge par ceux que nous avons obtenus dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales les plus volumineuses.

Je regrette d'être entré dans d'aussi longs détails: mes confrères m'excuseront, je l'espère, en se souvenant que j'ai fait la première

application d'un procédé entièrement nouveau dans le traitement de ce genre de maladie, et qui, s'il réussit, prendra place, je pense, dans la thérapeutique chirurgicale du prolapsus de la muqueuse du rectum.

ALPH. AMUSSAT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR LE COTON DESTINÉ A LA PRÉPARATION DU COLLODION.

M. C. Mann a publié, dans le Journal de Saint-Pétersbourg, une note sur la préparation de ce coton ; nous en extrayons les faits qui peuvent intéresser nos lecteurs.

L'auteur a voulu savoir si l'acide sulfurique monohydraté était l'acide le plus convenable pour préparer ce coton, et il a découvert qu'il y avait un avantage incontestable à employer l'acide sulfurique qui ne contient que 94 pour cent d'acide monohydraté. L'acide convenable marque 65 degrés 1/2 à l'aréomètre de Baumé, sa température étant à 15 degrés 1/2 centigrades. La densité de cet acide est égale à 1,830 ou 1,835 ; sa composition est représentée par la formule 3 So^3 Ho + Ho.

Voici la manière de préparer le coton.

Pr. Coton cardé	10	parties.
Nitrate de potasse........	200	parties.
Acide sulfurique à 65° 1/2.	310	parties.

Mettez le nitre dans une capsule ou dans un mortier en porcelaine, versez l'acide et triturez pour faciliter la dissolution du nitre. Laissez refroidir le soluté jusqu'à ce qu'il ait une température de 50 degrés. Alors, ajoutez le coton, remuez-le avec deux fortes baguettes en verre, pour qu'il soit bien imprégné du soluté; couvrez le vase avec un obturateur en verre, et abandonnez-le, pendant vingt-quatre heures, à une température de 28 à 30 degrés. On peut même laisser le coton en contact avec le mélange acide pendant cinq à six jours. Après ce temps, on lave le coton avec de l'eau froide, jusqu'à ce qu'il ne soit plus acide, et l'on termine le lavage avec de l'eau bouillante pour enlever le sulfate de potasse que retient le coton.

M. Mann donne encore le moyen de préparer ce coton avec du nitrate de soude et de l'acide sulfurique, et avec de l'acide azotique monohydraté et de l'acide sulfurique. Dans le premier cas, on emploie 33 parties d'acide sulfurique à 64 degrés 1/2, 17 parties de nitrate de soude et demi-partie de coton. Dans le second cas, on prend 13 parties d'acide sulfurique à 56 degrés Baumé, 12 parties d'acide

azotique monohydraté et une partie de coton. On fait refroidir le mélange des acides à + 5 degrés, on mouille le coton, on abandonne le tout pendant vingt-quatre heures à une température de + 5 à + 8 degrés, et on lave le coton avec de l'eau froide.

Le coton, préparé par un de ces procédés, se dissout très-promptement dans un mélange de 7 à 8 parties d'éther et 1 partie d'alcool absolu. Cette dissolution peut être étendue d'un volume d'éther égal au sien, sans rien laisser déposer.

Lorsque le coton est sec, il se dissout lentement dans l'éther alcoolisé; mais lorsqu'on le mouille avec de l'eau et qu'on l'exprime entre des feuilles de papier, la dissolution s'opère en très-peu de temps.

M. Mann fait encore remarquer que le coton qui a été préparé avec le mélange d'acide sulfurique et d'acide azotique se dissout dans l'alcool absolu, en formant un soluté très-épais et parfaitement transparent, si on le fait digérer, en le préparant, pendant deux heures seulement, à une température de 40 à 50 degrés.

SUR LA PRÉPARATION DE LA GLYCÉRINE.

L'emploi toujours croissant de la glycérine en médecine donne un grand intérêt à la note que M. Campbell Morfit vient de publier, puisqu'il propose un procédé moins dispendieux que ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour.

Nous allons faire connaître ce procédé.

On met 50 kilogrammes d'huile, d'axonge, etc., dans un cuveau, et l'on fait passer dans le corps gras un courant de vapeur d'eau. On ajoute, lorsque l'huile est échauffée, ou bien lorsque l'axonge est liquéfiée, 2 kilogr. 500 grammes de chaux éteinte et parfaitement divisée dans 11 kilogr. 250 grammes d'eau ; on couvre le vase et l'on continue de faire passer de la vapeur d'eau jusqu'à ce que la saponification du corps gras soit complète. On reconnaît que la saponification est terminée lorsqu'on obtient, en grattant du savon avec l'ongle, une trace brillante et polie. On verse alors le tout sur une toile et l'on recueille le liquide. On le chauffe au bain de vapeur et on le soumet à l'action d'un courant d'acide carbonique; tant qu'il se forme un précipité de carbonate, on fait bouillir pour décomposer le bicarbonate qui a pu se former ; on abandonne la liqueur au repos, on décante la liqueur et on l'évapore jusqu'à consistance convenable.

Les phénomènes qui se passent dans cette opération sont très-faciles à expliquer. La chaux décompose le corps gras employé, s'empare des acides gras pour former un savon insoluble, et l'oxyde de lipyle, devenu

libre, se combine avec cinq équivalents d'eau pour former la glycérine. La glycérine qu'on obtient par ce procédé est parfaitement pure.

PILULES CONTRE LA GOUTTE, LE RHUMATISME ET LES NÉVRALGIES.

Les formules de pilules qui ont été préparées pour combattre les affections goutteuses et rhumatismales, etc., sont nombreuses ; toutes ont été vantées par leurs auteurs, et toutes ont été successivement abandonnées. La formule que nous signalons aura-t-elle le même sort? Nous l'ignorons. Dans tous les cas, voici cette formule :

Pr.	Extrait alcoolique de cévadille...	1 gramme.
	Aloès des Barbades	5 grammes.
	Scammonée d'Alep.............	5 grammes.

Faites 100 pilules.

M. le docteur Gaffard, auteur de cette formule, fait prendre deux de ces pilules toutes les heures, jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet purgatif prononcé, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'on ait obtenu 4, 5, 8 ou 10 selles dans les vingt-quatre heures. L'action purgative de ces pilules étant en raison directe du nombre des pilules administrées, M. Gaffard pense qu'il est nécessaire de régulariser leur effet et de le rendre uniforme. Il recommande, pour atteindre ce but, de mettre entre les prises des intervalles graduellement croissants, et fixe à trois heures la raison arithmétique de cet accroissement. Ainsi, après avoir obtenu l'effet désirable, à quelque nombre qu'on soit arrivé, on retarde la prise suivante de trois heures, c'est-à-dire qu'au lieu de six heures d'intervalle on en mettra neuf ; à la prise suivante, on en mettra douze ; à la suivante quinze, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pris une vingtaine de pilules, nombre ordinairement suffisant.

On boit, pour faciliter la déglutition et la digestion de ces pilules, une tasse d'infusion chaude et légère de tilleul, de sureau ou de thé. Ce liquide chaud constitue la boisson ordinaire du malade pendant l'effet purgatif. DESCHAMPS.

UN MOT SUR LA FALSIFICATION DU VIN.

La fraude exercée sur les aliments solides et liquides n'est point une invention nouvelle, car Horace écrivait à son ami Plotius qu'i pouvait venir chez lui boire avec toute sécurité une vieille amphore de son vin de Cécube. En effet, l'art de falsifier les substances alimentaires se pratiquait en grand chez les Romains, et ce fut à un tel point, que les législateurs durent plus d'une fois en réprimer les abus ; aussi voit-on le poëte Valérius Martial poursuivre de ses épigrammes mordantes les gens qui commettaient cette faute ; et Caïus Cæcilius Pline

provoque toute la rigueur des lois contre un individu pris en flagrant délit de falsification. Nos œnophiles modernes prétendent que le mélange des vins entre eux est non-seulement utile à leur conservation, mais encore à leur bon goût. L'hygiène accepte ce travail; mais ce qu'elle ne peut tolérer, c'est l'usage de certaines substances vendues dans le commerce sous le nom d'huile douce de vin, ou certains éthers fabriqués de toutes pièces; et puisqu'il est vrai que, dans certains cas, il est urgent de relever l'arome des vins, nous aimerions mieux leur voir employer l'hydrolat suivant :

Lie provenant d'un bon vin.	5 kil.
Framboises bien mûres.	5 kil.
Iris de Florence, en poudre.	40 gramm.
Eau	5 kil.

Laissez macérer douze heures, distillez pour ne retirer qu'un kilogramme de liquide.

On peut varier les aromes en substituant à la framboise et à l'iris, ou le sureau, ou le macis, ou quelques autres substances végétales qui sont toutes innocentes, et qui ont de l'analogie avec l'œnanthine du vin.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EFFETS REMARQUABLES DU SEIGLE ERGOTÉ SUR UNE PARALYSIE SECONDAIRE DE LA VESSIE, ETC.

Cuvillier, garde forestier, âgé d'environ cinquante ans, de constitution assez robuste, exposé, par ses fonctions, à marcher fréquemment dans l'eau ou dans la neige, étant en forêt au mois de décembre 1851, tombe tout à coup à terre, sans perdre tout à fait connaissance. Il faut le ramener chez lui sur une charrette ; il ne peut marcher. Cuvillier ne s'était plaint jusque-là que d'une céphalalgie persistante, contre laquelle il n'avait rien fait. A dater de ce moment, les douleurs de tête semblent, dit-il, s'être déplacées, et se font sentir dans la région lombaire. Une saignée, des sangsues, des ventouses, un purgatif, tels sont, à ce qu'il paraît, les seuls moyens employés par le médecin consulté. Trois mois s'étaient écoulés depuis lors sans grand amendement dans la situation du malade, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital de Lunéville. C'est seulement à dater de ce moment que je puis donner des renseignements plus circonstanciés sur cette maladie.

Cuvillier, à cette époque, ne pouvait marcher. Ses jambes, et particulièrement la jambe droite, fléchissaient sous lui, dès qu'il essayait

de faire quelques pas. Il ne pouvait non plus ni se plier, ni se redresser, et, assis sur une chaise, il se laissait aller involontairement du côté droit. Ses bras, et surtout le bras droit, sont faibles aussi, mais à un moindre degré. La sensibilité est conservée. Rien de remarquable du côté des organes sensoriaux, mais de l'hébétude et un assez grand embarras de la parole. Des pleurs sans motif. Cuvillier se plaint de céphalalgie et de douleurs lombaires, qui n'augmentent pas sensiblement par la pression des apophyses vertébrales. Il dort peu. Les urines et les selles sont involontaires ; mais quoiqu'il renvoie les lavements au moment même qu'on les administre, il peut rester plusieurs jours sans aller. Rien de plus à noter d'ailleurs du coté de la langue, des organes digestifs, circulatoires ou respiratoires, si ce n'est, à certains intervalles et pendant la nuit principalement, un sentiment de constriction et de suffocation, qui paraissent dépendre de la paralysie des muscles respirateurs. Absence de fièvre.

Tel est, à peu de chose près, l'état dans lequel ce malade resta pendant trois semaines. Je passerai donc outre sur les différents moyens que j'employai (arnica, aloès, extrait de noix vomique, frictions ammoniacales camphrées, etc.), et dont aucun n'eut un effet bien décisif, y compris la noix vomique, pour arriver au seigle ergoté, dont l'action rapide et merveilleusement efficace fait l'objet essentiel de cette observation.

Lorsque je commençai l'emploi de cet agent, les mouvements étaient cependant plus faciles, l'inertie intestinale moins grande, l'intelligence moins obtuse ; mais Cuvillier paraissait encore bien éloigné d'une guérison complète, si même on pouvait l'espérer. La paralysie de la vessie notamment persistait au même degré ; chaque jour, il inondait son lit.

Le seigle ergoté, commencé le 23 mai, fut continué jusqu'au 29, à la dose d'un gramme d'abord, puis de 1 gr. 50, pris en trois fois, à six heures d'intervalle chaque fois.

Au bout de trois jours, Cuvillier n'urinait plus involontairement, et le 8 juin, lorsqu'il sortit de l'hôpital, il ne lui était plus arrivé *une seule fois* de perdre ses urines. Chose non moins remarquable : la motilité générale avait elle-même subi la plus heureuse modification, et le malade se trouvait si bien sous ce rapport, comme sous tous les autres, qu'il quittait l'hôpital vers le milieu de juin, pour reprendre ses pénibles fonctions. Je l'ai rencontré à deux mois de là : la guérison ne s'est pas démentie.

SAUCEROTTE,
Médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

BLESSURE DE LA CORNÉE PAR L'ACIDE SULFURIQUE. INCRUSTATIONS SATURNINES.

Le 13 octobre 1853, un pharmacien de province se livrait, dans son laboratoire, à des manipulations chimiques, quand il reçut soudainement dans l'œil gauche une forte quantité d'acide sulfurique étendu d'eau. Un médecin, immédiatement appelé, s'empara d'un flacon d'extrait de saturne, et en versa en grande abondance dans un verre, y ajoutant une très-petite quantité d'eau : puis le malade baigna longtemps dans ce mélange l'œil lésé. La cornée, fortement érodée, permettait encore, avant l'emploi de ce remède, de distinguer les objets d'un grand volume ; cette faculté fut anéantie, et le miroir devint le siége d'une opacité étendue. Le traitement auquel le malade se soumit n'ayant amené que l'atténuation des accidents phlegmasiques, il se décida à effectuer le voyage de Paris, et il me fut adressé, le 24 novembre de cette année, par un de nos savants confrères des hôpitaux de Paris.

Je constatai, sur la cornée gauche, la présence d'une vaste nappe blanche, inégalement répartie, d'un aspect marbré. Occupant les trois quarts au moins du miroir de l'œil, dans sa région centrale, elle couvrait largement la pupille, qui n'était visible que de profil par la marge diaphane régnant autour de la partie opaque, vers le limbe kératique. La pupille était d'un beau noir, exempte de synéchie antérieure ou postérieure ; rien n'indiquait la présence de désordres dans les tissus profonds du bulbe. Le malade distinguait les ombres des corps, notamment quand ceux-ci étaient présentés à l'organe du côté du nez ou du côté de la tempe gauche. L'œil était légèrement injecté; le malade le tenait bandé.

Le lecteur aura deviné déjà que l'opacité kératique à laquelle nous avions affaire était en très-grande partie le résultat du sous-carbonate de plomb, des molécules insolubles, en un mot, qui rendent blanche la solution d'extrait de saturne dans l'eau non distillée (eau de Goulard, eau végéto-minérale) ; il faut y ajouter la présence d'une certaine quantité de sulfate de plomb, le tout fixé en place par le tissu de cicatrice. Deux voies thérapeutiques se présentaient : 1° l'extraction du dépôt avec l'instrument ; 2° l'emploi des moyens pharmaceutiques.

Enlever l'incrustation avec une aiguille à cataracte, avec une rugine, celle, par exemple, qu'a proposée Florent Cunier pour remplir cette indication, n'était pas une entreprise facile, par suite de l'étendue de l'obstacle et du délabrement que son déchatonnement aurait amené dans le tissu de la cornée. Le malade, d'ailleurs, ne pouvait pas sé-

journer longtemps à Paris ; chose fort encourageante en outre, il affirma que la cornée s'était un peu éclaircie dans les derniers temps. Je prescrivis d'introduire, tous les soirs, entre les paupières, une petite quantité d'une pommade composée de 10 centigrammes d'oxyde rouge de mercure et de 4 grammes d'axonge, avec addition de 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Je recommandai qu'on portât la dose du précipité rouge à 15 centigrammes, au bout de huit jours, si le remède était toléré, puis, quelque temps après, à 20 centigrammes. Le malade, après l'emploi de ces préparations, me promit de me donner de ses nouvelles, peut-être même de venir à Paris.

Le motif qui me détermina à la prescription qui précède, dérive d'un fait que j'ai observé il y a quelques années.

M[lle] Lacroix, âgée de vingt-trois ans, se présenta, en février 1849, à mes consultations cliniques. Elle était atteinte, aux deux yeux, de blépharite ciliaire. De plus, les cornées étant le siége d'opacités nombreuses, de points crétacés d'un blanc mat, les uns isolés, les autres formés en groupe, leur ensemble apportait à l'exercice de la vision une atteinte grave. Comme le centre des cornées était surtout envahi, les pupilles s'étaient dilatées, afin de permettre aux rayons lumineux d'arriver plus abondamment au fond des globes. Je diagnostiquai des taches métalliques. Ma conviction fut entière quand j'appris que, dans le cours d'une kératite, dont M[lle] Lacroix avait été affectée, il y avait quelques mois, à Charleville, les yeux avaient été fréquemment bassinés avec une solution d'extrait de saturne. Remettant à une époque ultérieure les tentatives nécessaires pour l'ablation des collections saturnines, je résolus d'attaquer en premier lieu la blépharite. Je prescrivis des frictions, tous les soirs, sur les bords palpébraux, avec une pommade dans laquelle je fis entrer 20 centigrammes de précipité rouge de mercure, pour 6 grammes d'axonge. Comme cette préparation avait été bien supportée, je lui substituai, huit jours après, une pommade plus énergique : 75 centigrammes d'oxyde rouge, 15 centigrammes de tuthie préparée, 15 centigrammes de camphre, 6 grammes de beurre et une goutte d'huile de rose. M[lle] Lacroix ne reparut plus à la consultation. Dix mois après, à la fin de 1849, je la vis figurer de nouveau, un jour, au nombre des malades présents dans la salle d'attente du dispensaire. J'annonçai aux médecins qui assistaient à la clinique que j'allais leur montrer un fort bel exemple de dépôts métalliques à la cornée ; je leur fis part des principales dispositions qu'ils offraient. Quel fut mon étonnement quand rien de ce que j'avais constaté les premières fois n'existait plus ! les taches d'un blanc mat avaient disparu ; quelques néphélions subsistaient seuls ; la vue avait éprouvé une

amélioration très-grande. Dans l'espèce, il faut admettre que les corps étrangers étaient assez superficiellement placés pour que le larmoiement abondant que provoqua la pommade en eût opéré le déchatonnement. On doit tenir compte aussi du mouvement que fit naître ce même agent dans les amas lymphatiques épanchés dans les cornées ; car l'expérience démontre que les pommades à l'oxyde rouge de mercure sont l'un des meilleurs moyens qu'on puisse employer pour la résolution des taies. Ne faut-il pas invoquer, enfin, un phénomène noté par Sœmmering, par Winslow, par Wenzel, par mon savant maître le professeur Rosas (de Vienne), que la cornée laisse transsuder à travers sa substance une rosée émanant de l'humeur aqueuse et qui vient se mêler aux larmes ? Le refoulement, d'arrière en avant, qu'imprime aux collections kératiques cette évaporation continuelle, ne doit-il pas en seconder l'expulsion ?

La rédaction des Annales d'oculistique, qui eut connaissance de cette observation, ne la considéra pas comme aussi exceptionnelle que je l'avais pensé ; je m'en félicite au double point de vue de la science et de l'humanité. « Les faits de guérison de taches métalliques sont loin d'être rares, dit l'un des rédacteurs du journal précédemment cité (tome XXIII). On voit fréquemment de larges dépôts plombiques, récemment fixés dans les cornées, disparaître spontanément ou sous l'influence de l'application des pommades. Nous avons vu, maintes fois, à la clinique de M. Cunier, les bons effets, presque instantanés, que l'on peut retirer, en pareille occurrence, de l'emploi du collyre à la teinture d'iode. »

Chez un peintre en bâtiment, du nom de Frimat, j'ai vu de nombreuses collections saturnines, à la cornée gauche chroniquement ulcérée, dépendre de ce que le malade s'était exposé, pendant quatre jours, à la poussière provenant du grattage de vieilles portes blanches. Je fis, avec une aiguille à cataracte et en plusieurs séances, l'extraction du sous-carbonate de plomb (blanc de céruse), et le malade fut infiniment soulagé. Les conséquences cliniques qu'on peut tirer de ce fait, dans le cours des kératites ulcéreuses, chez les ouvriers de certaines professions, sont trop palpables pour être mentionnées ici.

Ch. Deval, D.-M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et analytique du choléra-morbus (*épidémie de* 1849), par P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, et A. Mignot, interne des hôpitaux.

Au moment où le choléra-morbus se montre pour la troisième fois parmi nous, nous croyons le moment favorable pour appeler l'attention de nos lecteurs sur l'excellent traité de MM. Briquet et Mignot, et nous nous félicitons presque de nous trouver en retard envers les deux auteurs, puisque ce retard nous fournit l'occasion, à la fois, de signaler un livre utile et d'en constater le légitime succès. Le livre de MM. Briquet et Mignot est, en effet, un de ces livres véritablement pratiques, à la publication desquels nous applaudissons d'autant plus volontiers, qu'on y trouve peu de discussions oiseuses et transcendentales, mais, en revanche, des solutions utiles et pratiques, empruntées à l'observation et à l'expérience.

Voici, par exemple, cette question de la diarrhée prodromique ou *prémonitoire*, comme l'appellent nos voisins d'outre-Manche, qui ont fondé sur sa présence tout un système prophylactique. Eh bien ! sur cette question, nos deux auteurs nous fournissent des renseignements précieux : « Il existe chez les cholériques, dans les trois quarts des cas, disent MM. Briquet et Mignot, une période d'invasion, dont le phénomène prédominant est la diarrhée; dans un quart des cas seulement la maladie débute d'emblée et n'a pas de première période. Cette diarrhée se présente avec des caractères qui lui sont particuliers, la liquidité des selles, l'absence du ténesme, une espèce de bien-être après chaque évacuation, l'indolence de la maladie, l'insensibilité ordinaire de l'abdomen à la pression, les borborygmes, etc.; sa durée est en moyenne de deux jours et demi, et elle peut être, dans certains cas, de huit à dix jours. » Ainsi se trouve justifié, jusqu'à un certain point, dans sa base même, le système de visite adopté par nos voisins; car ce serait déjà beaucoup que d'arrêter à leur début les trois quarts des cas de choléra qui commencent par la diarrhée et qui, aboutissant à la période algide, offriront si peu de chances de succès au médecin et au malade.

On comprendra que dans un journal consacré comme celui-ci à la thérapeutique, nous passions rapidement sur tout ce qui est relatif à l'anatomie pathologique, à la description de la maladie et même à l'étiologie, bien que, soit dit en passant, nous ne puissions partager les opinions contagionistes des deux auteurs, pour arriver au chapitre x, celui où les auteurs parlent du traitement du choléra-morbus.

Dans une première partie de ce chapitre, MM. Briquet et Mignot passent en revue les moyens prophylactiques ; car, ils le disent avec raison, le mal une fois déclaré est terrible, cherchons donc surtout les moyens de ne pas l'avoir. Ces moyens se déduisent naturellement des principes et des résultats établis par les auteurs à propos de l'étiologie de la maladie. Ainsi, certaines maladies du tube digestif paraissent constituer une prédisposition au choléra. Les personnes, atteintes de dyspepsies habituelles, de diarrhée chronique, de dyssenterie, d'entérite, de gastro-entérite, de maladies organiques de l'estomac ou des intestins, de phthisie pulmonaire, de fièvre typhoïde, etc., doivent donc suivre le traitement approprié à leur maladie avec plus de soin que jamais et s'astreindre à un régime alimentaire extrêmement sévère, si elles ne veulent point être de préférence prises par la maladie épidémique. De même, l'administration des médicaments purgatifs ou irritants du tube digestif, comme le tartre stibié, les pilules purgatives, le cubèbe, le copahu, etc., peut être suivie de l'apparition de la diarrhée spéciale; on ferait donc bien d'y renoncer en temps de choléra, et si le recours à cette médication était indispensable, il faudrait, en tous cas, prévoir et surveiller attentivement les accidents qu'elle pourrait déterminer, afin d'y porter remède aussitôt. Même réflexion pour l'emploi réitéré des saignées ; car la débilité où elles plongent les malades constitue pour eux une prédisposition fâcheuse. Comme causes occasionnelles, les auteurs ont signalé quatre ordres d'influences, les ingesta, les émotions morales brusques, les refroidissements du corps en sueur et la fatigue. Il résulte de là qu'en temps d'épidémie il faut éviter tous les aliments dont la digestion est difficile ou lente, ceux qui provoquent la diarrhée et surtout ceux que repousse particulièrement chaque idiosyncrasie ; ainsi de suite.

Enfin, de leur croyance à la contagion de la maladie, MM. Briquet et Mignot déduisent cette conclusion, qu'il ne faut pas séjourner au delà de douze ou quinze heures de suite dans un lieu fermé, où se trouvent un ou plusieurs cholériques, et qu'il faut bien se garder surtout d'y passer la nuit, quand on y est resté durant la journée. Comme s'il était possible de mesurer la puissance d'un contagium, et comme s'il ne suffisait pas, dans certains cas, et pour les maladies franchement contagieuses, comme la variole, de passer quelques instants à côté d'un malade pour contracter son affection ! Mais à une question de fait, il faut répondre par des faits : dans l'épidémie de choléra de 1849, le choléra aurait été importé par les malades à l'hopital de la Charité, disent MM. Briquet et Mignot ; mais, dans l'épidémie actuelle, deux malades qui se trouvaient depuis plusieurs mois dans

ce même hôpital ont été emportés par le fléau avant qu'aucun malade eût été apporté du dehors. Concluons donc à notre tour que les questions de contagion sont des plus difficiles à résoudre en pathologie, et que l'infection explique très-bien la propagation des maladies, en temps d'épidémie principalement, sans qu'on ait besoin de recourir à un principe contagieux spécial.

Quant au traitement curatif, MM. Briquet et Mignot recommandent, dans la période d'invasion, celle appelée aussi prodromique, l'opium à doses assez élevées et assez rapprochées, sous forme liquide, par la bouche et en lavements ; et si au deuxième jour du traitement les accidents ne cessent pas, ils remplacent les opiacés en lavements par l'alun et le ratanhia administrés de la même manière ; enfin, si dans le courant du même jour une manifestation favorable ne s'est pas produite, ils ont recours à l'ipécacuanha. Tout en étant très-efficace, ce traitement n'est pas infaillible ; 26 cas sur 200, bien qu'ayant été traités dès le début des accidents, n'en ont pas moins marché à la période algide.

Dans la seconde période, ou celle de transition, c'est à l'ipécacuanha que les deux auteurs donnent la préférence, en lui associant les boissons aromatiques. C'est aussi à l'ipécacuanha et aux infusions aromatiques que MM. Briquet et Mignot ont plus particulièrement recours dans la période algide ; ils insistent encore sur l'administration du punch, sur l'emploi des moyens externes de réchauffement et de stimulation, tels que l'enveloppement avec l'ouate, les frictions ammoniacales et même les frictions à la glace : ils se prononcent au contraire contre les bains d'air chaud. Les crampes sont traitées par les sinapismes *loco dolenti* ou par des frictions avec la glace; les vomissements par la glace et l'eau de Seltz, la diarrhée par les lavements alunés laudanisés, la constriction précordiale et la dyspnée par les ventouses scarifiées à l'épigastre ou par un large sinapisme sur la poitrine.

Il nous resterait à suivre MM. Briquet et Mignot dans l'exposition du traitement dirigé par eux contre les accidents de la réaction (inflammation gastro-intestinale, méningo-céphalite, pleuro-pneumonie, etc.); mais nous en avons assez dit pour faire comprendre toute l'importance de leur travail. Nous regrettons seulement que dans le traitement de la période algide, par exemple, ils ne se soient pas un peu plus affranchis des anciens errements; nous aurions désiré que leurs recherches nous eussent fixé sur la valeur du traitement par le calomel, dont M. Ayre a fait, en 1832 et 1848, un si heureux emploi ; du traitement salin de Stevens, de l'hydrothérapie, etc., etc. Mais il n'est pas

donné à deux hommes de tout parcourir et de tout voir. La tâche que MM. Briquet et Mignot se sont imposée était très-vaste ; ils l'ont remplie avec honneur, et leur livre sera certainement consulté avec fruit comme un des meilleurs traités classiques qui aient été publiés sur cette terrible affection.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur la marche du choléra-morbus à Paris. — *Valeur de quelques traitements recommandés contre cette maladie.* — L'apparition du choléra à Paris est venue démontrer, bien plus tôt que nous ne le pensions, la vérité de ce que nous disions récemment, de son apparition inévitable parmi nous; mais nous sommes heureux en même temps de pouvoir dire ici que l'épidémie n'a pas encore acquis, à beaucoup près, les proportions effrayantes que nous lui avons déjà vues à deux époques différentes; et si l'on peut même conclure de ce qui a été observé depuis le début, on serait tenté de croire que la maladie s'est modifiée dans ses migrations successives, et qu'elle semble aujourd'hui plus accessible qu'autrefois à nos moyens curatifs. Toujours est-il que jusqu'ici elle s'est montrée le plus souvent précédée de prodromes d'assez longue durée, et que le nombre des cas foudroyants a été relativement très-restreint. Ce qui ne veut pas dire que la mortalité n'ait pas été encore assez forte; mais cette mortalité a porté principalement sur les malades convalescents ou encore atteints de maladies graves qui ont été frappés du choléra dans les hôpitaux et qui offraient, on le comprend, une proie facile et sûre à un ennemi aussi terrible. Plus des trois quarts de ces malades ont succombé, tandis que parmi les malades apportés du dehors, il en est un grand nombre, près des deux tiers, qui ont guéri et qui ont même guéri pour la plupart sans avoir traversé aucun de ces accidents redoutables dont les deux épidémies antérieures nous avaient fourni tant d'exemples.

En attendant que nous puissions parler des quelques tentatives thérapeutiques qui ont été faites dans les hôpitaux, nous tenons à régler nos comptes avec deux médications qui s'annonçaient comme entourées de grands succès et qui ne paraissent pas avoir tenu ce qu'on pouvait en attendre.

L'une est un diminutif du traitement hydrothérapique, c'est l'ingestion pure et simple de l'eau très-froide, sans rien autre, même sans les innocentes boules d'eau chaude. M. le docteur Tourrette, qui était venu à Paris pour expérimenter ce traitement, avec lequel il avait guéri, en 1849, à ce qu'il paraît, vingt-trois malades de suite, a traité

ainsi un malade très-gravement atteint du choléra dans le service de M. Aran, à l'Hôtel-Dieu; le malade a succombé trente et quelques heures après, sans avoir présenté ombre de réaction.

Sans avoir été aussi malheureux, le traitement par l'iodure de potassium, proposé par M. Marchandier, n'a pas marqué son passage d'une manière bien brillante. Deux malades assez gravement atteints et dans la période algide ont été traités par M. Aran à l'aide de la potion d'iodure de potassium; chez tous les deux la dose a même été portée à 4 gram. dans les vingt-quatre heures. Celui qui était le plus gravement atteint, après avoir présenté des indices de réaction, s'est refroidi de nouveau et a fini par succomber au milieu d'accidents algides, le troisième jour. Le second, dont la maladie était moins grave, a guéri, mais la réaction a été très-lente et très-difficile à obtenir, et pendant trois ou quatre jours son état a donné d'assez vives inquiétudes qui ont fini cependant par se dissiper.

A Dieu ne plaise que nous voulions conclure de faits aussi peu nombreux à l'inutilité et à l'inefficacité de ces deux traitements, qui peuvent peut-être trouver leur place dans certains cas; mais, ce qui est bien établi, c'est qu'ils ne donnent pas les résultats constamment favorables sur lesquels comptaient leurs auteurs. Sans doute l'épreuve a été d'autant plus cruelle pour ces deux traitements, que nous étions au début de la maladie et que, comme on sait, les cas sont généralement plus graves au commencement qu'à la terminaison des épidémies. Mais c'est aussi dans les premières conditions que les traitements vraiment utiles montrent leur efficacité. Plus tard, au contraire, vers le milieu et vers la fin des épidémies, tous les traitements réussissent, et ne comptent presque que des succès.

Emploi du perchlorure de fer contre des hémorrhagies consécutives au cancer du col de l'utérus. — Aux faits d'expérimentation du nouvel agent hémostatique par M. Marjolin que nous avons publiés, nous devons aujouter les suivants, recueillis par M. Remilly, et dont nous avons promis la communication à nos lecteurs.

Nous avons aussi employé avec avantage, dit M. Remilly, le perchlorure de fer contre les hémorrhagies utérines qui accompagnent si fréquemment le cancer du col. C'est en injections qu'il a été alors administré, à la dose de 15 grammes de perchlorure (1) pour 250 gram-

(1) La préparation livrée aux hôpitaux par la pharmacie centrale est la solution à 45 degrés, préparée ainsi que nous l'avons indiqué dans notre dernier numéro, c'est-à-dire complétement neutre.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

mes d'eau. Voici plusieurs exemples de son utile application contre ces hémorrhagies tenaces, rebelles, amenant si rapidement l'anémie, l'anéantissement des malades, et qui sont le plus souvent si difficiles à maîtriser.

Chez une première malade, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, âgée de soixante ans, et atteinte de cancer de l'utérus et d'anémie consécutive, il y avait douze jours que des pertes allaient en augmentant, de telle sorte que plusieurs fois par jour cette malade perdait des caillots du volume du poing. Deux injections sont faites le 12 septembre, à cinq minutes de distance ; elles arrêtent l'hémorrhagie pendant trois jours.

Le 15, le sang reparaît ; la malade tache son linge en rouge dans une étendue de la largeur des deux mains ; deux nouvelles injections sont faites ; le sang s'arrête immédiatement, mais revient dans la nuit peu abondamment.

Le 16 et le 17, on continue les injections sans pouvoir faire cesser complétement l'hémorrhagie.

Le 18, après les deux injections, la malade pâlit et est prise d'une défaillance qui paraît avoir pour point de départ les symptômes locaux déterminés par les injections elles-mêmes ; savoir : gonflement et tension douloureuse des parties génitales, qui se dissipent dans l'espace d'une ou deux heures. A cette occasion, la malade nous raconte qu'elle est sujette depuis longtemps à ces sortes de défaillances qui seraient produites par des causes physiques ou morales souvent fort légères. L'examen du cœur nous fait constater l'existence d'une hypertrophie avec dilatation. On suspend les injections.

Le 19, la malade est changée de salle, et pendant le transport est prise d'une perte assez abondante, qui s'arrête seule au bout d'une heure.

Dans la journée et dans la nuit du 26, elle rend encore quelques caillots ; une injection de perchlorure, qui, cette fois, ne reproduit pas de défaillance, fait disparaître l'écoulement, et depuis cette époque, c'est-à-dire du 26 octobre au 19 novembre, la malade n'a éprouvé parfois qu'un sentiment de pesanteur à l'hypogastre, et n'a plus perdu de sang.

Chez une seconde malade, couchée au n° 14 de la même salle, âgée de quarante-neuf ans, et atteinte de fongosités du col molles, s'écrasant sous le doigt, d'où un écoulement de sang noir et fétide, deux injections de perchlorure ont été faites le 10 novembre contre une hémorrhagie abondante. La première injection à elle seule a fait disparaître l'écoulement presque immédiatement. Le lendemain, une seconde perte a lieu ; une injection ne peut l'arrêter, mais la malade dit elle-même que la canule a été mal introduite. Le 13, une injection modère immédiatement et très-notablement l'écoulement de sang. Depuis, la malade n'a plus que des pertes blanches, à peine teintes de sang.

Chez une troisième malade, âgée de quarante-huit ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Cécile, et atteinte d'un encéphaloïde du col de l'utérus, à la suite d'hémorrhagies abondantes, on fait, le 7, le 8 et le 9 novembre, des injections de perchlorure qui modèrent l'écoulement. La malade se plaint que ces injections exagèrent la cuisson habituelle de ses parties génitales; depuis cette époque, elles ont été suspendues, il n'y a plus eu

d'hémorrhagie sérieuse, et la malade rend seulement, malgré elle, ses urines et ses matières fécales teintes de sang.

Enfin, chez une quatrième malade, âgée de quarante-un ans, couchée au n° 3 de la même salle, et atteinte de tumeurs abdominales multiples, paraissant adhérentes à l'utérus, et de polypes de la cavité utérine, les injections de perchlorure de fer, faites pendant quatre jours, n'ont pas modifié les hémorrhagies. Mais nous devons faire remarquer que, chez cette malade, le col est sain, et que si le perchlorure n'a pas agi, c'est que les injections n'ont pu parvenir jusqu'aux parties d'où naissait l'écoulement.

Il résulte de ces faits, dit M. Remilly, que le perchlorure de fer a été réellement utile pour arrêter les hémorrhagies provenant d'affections cancéreuses du sein et de l'utérus ; qu'il a ainsi retardé les progrès de l'anémie et prolongé l'existence des malades. Il est impossible de dire quelle a été, et quelle pourra être dans l'avenir l'influence de cet agent hémostatique sur l'affection cancéreuse elle-même. Il est toutefois permis de penser qu'il viendra en aide aux traitements toniques, ferrugineux et autres, employés si souvent sans le moindre succès pour combattre le cancer et ses complications.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANASARQUE (*Résultats de quelques essais tentés avec la diète sèche et l'oignon dans les cas d'*). La diète lactée, conseillée d'abord par Chrestien dans toutes les espèces d'hydropisies, vient d'être rappelée de nouveau par M. Serre, d'Alais. Seulement, en même temps qu'il en prescrivait l'emploi contre une forme déterminée, l'anasarque ou l'œdème des membres abdominaux, ce sagace confrère ajoutait à l'efficacité du moyen en y joignant l'usage du pain et de l'oignon cru. Le ton de conviction de la note de M. Serre devait provoquer l'expérimentation de ce traitement. Comme la science ne se constitue qu'à l'aide de faits nombreux, nous croyons utile d'enregistrer les résultats des essais qui se poursuivent. Au fait de succès qui nous a été adressé par notre honorable correspondant, M. Claudot, nous devons ajouter quelques observations publiées par nos confrères de Belgique, MM. Ossieur et Dieudonné, rédacteurs des Annales de Roulers et du Journal de médecine de Bruxelles.

Depuis que nous avons eu connaissance de la nouvelle méthode curative, dit M. Ossieur, nous l'avons essayée dans les trois cas d'anasarque qui se sont présentés à notre observation. Dans le premier, l'accident était consécutif à la disparition d'un vaste eczéma humide des membres inférieurs; le malade, après s'être borné pendant environ trois semaines à la diète lactée, aux oignons crus, a éprouvé pour ce régime un tel dégoût que ce traitement dut être forcément abandonné. Aucune amélioration ne s'était d'ailleurs fait remarquer. Dans le second cas, le malade, atteint d'une dilatation du cœur droit, mourut après avoir usé pendant trente-trois jours du régime lacté. L'anasarque avait diminué à partir du vingtième jour; elle était à peine appréciable au moment de la mort du malade. Le troisième cas se rapporte à un ouvrier atteint d'anasarque dépendant d'une maladie de Bright ; dès le douzième jour du traitement par les trois soupes au lait et à l'oignon, l'anasarque, qui avait atteint un degré extraordinaire, disparut rapidement, à la suite d'une abondante diurèse. Au vingtième

jour, il n'y avait plus de traces d'infiltration ni à la figure ni aux régions tibio-tarsiennes, et tous les symptômes subjectifs avaient disparu. Toutefois, les urines précipitaient encore l'albumine, par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique, quoiqu'à un degré notablement moindre qu'au début du traitement.

Voici le fait publié par M. Dieudonné. Une femme B..., mariée depuis six mois, se croyait enceinte d'au moins trois mois, et ce qui fortifiait cette croyance, c'était la disparition de ses règles et le développement qu'avait pris le ventre. Depuis longtemps elle était très-oppressée, et l'oppression avait augmenté de jour en jour, à tel point qu'elle ne pouvait plus rester au lit qu'en s'y tenant pour ainsi dire assise. Mais elle attribuait tous ses malaises à sa prétendue grossesse et avait voulu seulement consulter son médecin, parce que, perdant un peu de sang depuis quelques jours, elle croyait une fausse couche imminente. Au lieu d'une grossesse, M. Dieudonné constate une affection organique du cœur. Les membres inférieurs étaient le siége d'une infiltration séreuse considérable, qui s'étendait jusqu'à la région lombaire, et en examinant l'abdomen, on y constata une fluctuation très-manifeste. M. Dieudonné voulut profiter de l'occasion d'expérimenter le traitement préconisé par M. Serre, mais l'emploi de l'oignon fut repoussé; la prescription dut donc se borner à trois soupes au lait par jour et à l'abstinence de toute boisson; seulement, en raison de l'état de l'utérus, notre confrère crut devoir ajouter matin et soir une cuillerée de sirop de proto-iodure de fer. Dès le septième jour, on observe moins de tension dans les membres œdématiés; deux jours après, l'infiltration avait considérablement diminué, le ventre était moins volumineux et la fluctuation y était moins évidente. Enfin, le quinzième jour, la malade vaquait aux soins de son ménage; elle ne présentait plus de traces d'infiltration, l'oppression est infiniment moindre; sur les instances de la malade, la soupe au lait de l'après-midi est remplacée par une côtelette de mouton. L'amélioration s'est soutenue, bien que les symptômes de l'affection du cœur persistent à peu près avec la même intensité. Nous n'espérons pas guérir cette femme, ajoute M. Dieudonné, mais nous l'avons soulagée; sa position, d'insupportable, est devenue presque bonne, et ce résultat a été obtenu par une médication extrêmement simple. Si nous n'avions pas prescrit le sirop d'iodure de fer, eussions-nous obtenu les mêmes effets par les trois soupes au lait? Nous sommes assez porté à le croire, dit M. Dieudonné.

Ces observations, tout incomplètes qu'elles sont, suffisent cependant pour montrer que la formule du traitement de l'anasarque préconisée par M. Serre, d'Alais, mérite d'être conservée. (*Annales de Roulers* et *Journal de méd. de Bruxelles*, 1853.)

CHOLERA. *De la cautérisation épigastrique.* Un médecin anglais, M. Greenhow, appelle l'attention de ses confrères sur les bons effets qu'il a obtenus, pendant que l'épidémie régnait à Newcastle, d'un moyen auquel les Indiens ont recours dans les cas les plus désespérés. Ce moyen consiste dans l'application sur l'épigastre d'une compresse trempée dans l'eau-de-vie, à laquelle on met le feu. La révulsion violente que produit cette brûlure a pour effet, dit-il, de rappeler les mouvements du cœur et de suspendre les vomissements. La violence du moyen fait qu'on y a recours seulement lorsque les malades sont dans l'état le plus fâcheux, alors que la mort semble imminente et qu'il ne reste, pour ainsi dire, aucun espoir de les sauver. — Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu notre collaborateur, M. Aran, employer dans le même but le marteau de Mayor. La révulsion ainsi pratiquée est tout aussi puissante; elle cause moins d'effroi à l'assistance; on peut y revenir plusieurs fois et l'appliquer sur tous les points du corps que l'on veut; enfin, elle répond à un des besoins les plus urgents de la pratique de l'art, c'est-à-dire de pouvoir être proportionnée à l'intensité des phénomènes morbides contre lesquels on la met en œuvre.

CORPS ETRANGER *du conduit auditif extrait par des injections lentes.* Nous avons plusieurs fois mis en relief dans ce journal les bons effets des injections d'eau en quantité abondante, comme moyen d'extraction des corps étrangers introduits

dans le conduit auditif. Chaque fois, avec MM. Guersant et Toynbee, qui ont eu, plus que personne, l'occasion de mettre en œuvre ce procédé, nous avons protesté contre l'assertion émise par beaucoup d'auteurs, que son emploi était dangereux. Fontenelle l'a dit : les vérités sont des coins qui doivent entrer par le gros bout. Cette crainte des injections, soi-disant *forcées*, a conduit un chirurgien sagace, M. Sirus-Pirondy, à recourir à un procédé particulier que nous allons rapporter ; car, en fait de pratique, surtout lorsqu'il importe de triompher vite des obstacles, les ressources chirurgicales doivent être nombreuses, si l'on veut arriver d'une manière certaine au but. Voici le fait :

Un jeune agent de change, au moment où il portait son crayon dans l'intérieur du conduit auditif, reçut un coup, qui fit pénétrer ce corps étranger profondément dans le canal. Le crayon fut promptement retiré, mais une virole en ivoire qui le surmontait resta engagée. Mandé près de cette personne, M. Sirus-Pirondy, après avoir constaté la présence du corps étranger, chercha inutilement à le saisir, soit avec des pinces très fines, soit avec un petit crochet à faible courbure. L'intensité de la douleur, la marche rapide du gonflement du tégument auriculaire, assez avancé pour former une espèce de bourrelet en avant de la virole, et surtout la grande irritabilité du malade commandaient d'extraire le corps étranger le plus promptement possible. M. Sirus-Pirondy, après avoir réfléchi un instant, tente le procédé suivant. Il charge une seringue d'Anel d'eau tiède, et, après l'avoir garnie de la plus longue canule, il engage celle-ci, qui n'offre presque que l'épaisseur d'un crin, entre le bourrelet tégumentaire et la virole. Lorsque la pointe de l'instrument fut parvenue au delà du corps étranger, le chirurgien poussa doucement le piston, de façon à faire pénétrer le liquide *goutte à goutte* entre le fond du conduit auditif et le corps étranger. Au bout de quelques instants, le corps, poussé par ce levier hydraulique, fit un léger mouvement de dedans en dehors. La canule fut alors retirée et de petites pinces suffirent à achever l'extraction de la virole. Inutile d'ajouter que ce jeune homme fut immédiatement soulagé et que cet accident n'a eu pour lui aucune suite.

Le procédé auquel l'habile chirurgien de Marseille a eu recours est ingénieux et fort simple ; à ce titre, nous devions l'enregistrer. Quant à son innocuité plus grande que les injections, nous dirions volontiers, à grande eau, nous le contestons. C'est le *vis à tergo* auquel on a recours dans les deux cas ; et, dans le mode que nous avons signalé, les mouvements imprimés à la conque de l'oreille, en même temps que l'eau est lancée dans le conduit, aident d'une manière puissante au dégagement du corps étranger. Pratiqués seuls après l'introduction d'une cuillerée à café d'huile d'olive, ces mouvements nous ont permis plusieurs fois de dégager de petits cailloux, assez pour les extraire à l'aide d'un cure oreille. En fait de corps étrangers, les praticiens ne sauraient avoir présents à la mémoire trop de procédés ; ici abondance de ressources est véritable richesse. (*Revue thér. du Midi*, décembre.)

CORPS ÉTRANGER *dans les voies aériennes ; trachéotomie ; expulsion spontanée du corps étranger par la bouche, vingt-huit jours après l'opération ; guérison.* En traitant, il y a déjà quelques années, la question du traitement à adopter dans le cas de corps étranger ayant pénétré dans les bronches, nous insistions sur la nécessité de pratiquer la trachéotomie, non-seulement comme moyen de faciliter les recherches directes, mais encore dans le but d'ouvrir au corps étranger une voie facile, dans le cas où il serait expulsé par les efforts de la nature. Le fait suivant vient à l'appui des règles de conduite que nous avons tracées à cette époque : en effet, la trachéotomie ayant été pratiquée sans succès, on laissa se fermer les plaies, et vingt-huit jours après l'accident, le malade rendait le corps étranger par la bouche, au milieu d'un affreux accès de suffocation qui dura vingt minutes et qui mit sa vie dans le plus grand danger. Voici le fait :

Un jeune garçon de quinze ans, en mangeant des amandes avec sa sœur, se mit à rire, et dans une inspiration subite, un morceau de l'enveloppe de l'amande pénétra dans les voies aériennes et donna lieu à un accès de suffocation et de toux qui dura près d'une heure et qui le laissa dans un

grand état d'épuisement. C'était le soir, et la nuit fut assez bonne, quoiqu'un peu troublée par la toux. Le lendemain, il y avait de la douleur à la gorge, mais pas de difficultés pour avaler. Vers le soir, la respiration devint croupale et la voix sourde. Le troisième jour, un chirurgien donna un vomitif et passa une sonde dans l'estomac; mais ce ne fut que le cinquième jour que M. D. Johnston, trouvant ce jeune homme en proie à une respiration laborieuse et bruyante, avec une voix éteinte, avec une douleur vive dans la trachée à un pouce au-dessus du sternum, avec sentiment de constriction dans la poitrine et de douleur dans le côté gauche de celle-ci, constatant en outre que le murmure respiratoire et l'expansion du thorax étaient plus sensibles, ainsi que le bruit de percussion plus clair, dans la partie supérieure du poumon droit que du poumon gauche, n'hésita pas à annoncer que le corps étranger avait pénétré dans les voies aériennes et s'était arrêté soit dans la trachée dans le point où existait la douleur, soit dans la bronche gauche. La trachéotomie fut proposée et pratiquée le surlendemain, septième jour. A deux reprises différentes on voulut aller à la recherche du corps étranger, mais l'irritation était telle qu'il fallut faire inhaler du chloroforme pour que la trachée pût supporter le contact d'un instrument. Un stylet, des pinces courbes furent portés dans la trachée et dans les bronches, le doigt fut introduit dans le larynx; le pharynx et la gorge furent explorés, sans qu'on parvînt à rencontrer le corps étranger. Huit heures après, un nouvel examen, après chloroformisation, ne réussit pas mieux. Un traitement assez actif fut institué. Le neuvième et le dixième jour, sous l'influence de la mercurialisation, l'état du malade s'était amélioré; néanmoins les principaux accidents persistaient, et le douzième jour, sauf l'aplatissement et l'immobilité du côté gauche du thorax, l'état du malade était bien meilleur: moins de toux, respiration plus naturelle, pas d'anxiété. L'amélioration alla progressivement jusqu'au dix-septième jour, où la voix était rétablie. Le trente-unième jour, tous les symptômes graves semblaient dissipés, lorsque, quatre jours après, le malade fut pris tout d'un coup, dans la soirée, d'une douleur atroce dans la poitrine derrière la partie inférieure du sternum, et d'un accès de toux qui dura vingt minutes et dont la violence fut telle qu'à chaque instant on craignait de le voir périr. Enfin il rendit ce débris de coque d'amande, qui était resté ainsi trente-cinq jours dans les voies aériennes, qui n'avait pas moins d'un 1/2 pouce de long sur 3/8 de pouce dans sa plus grande largeur, et dont la forme était irrégulièrement oblongue et le rebord rugeux et irrégulier. Rétablissement très-rapide à partir de ce moment. (*The Lancet*, 1853.)

EMPOISONNEMENT *par l'aconit; emploi des toniques et de l'opium; guérison.* Le fait suivant est bon à connaître, parce qu'il indique d'une manière assez sûre la conduite à suivre dans les cas d'empoisonnement de ce genre. Il s'agit d'une malade qui avait avalé une petite cuillerée à café de teinture saturée d'aconit. Ne se doutant pas du danger qu'elle courait, elle se borna à prendre un paquet de poudre de Sedlitz. Quinze minutes après l'ingestion du poison, elle se plaignit de nausées et d'une douleur brûlante à la région de l'estomac. Immédiatement après, on lui administra de l'ipécacuanha, qui la fit vomir abondamment. La peau était froide, le pouls à 100, faible, régulier, les doigts spasmodiquement étendus; convulsions répétées de tout le corps, mais de courte durée; pas de trouble de l'intelligence. Frictions continuelles avec l'ammoniaque, la moutarde, etc.; décoction d'arrow-root, et de temps en temps de l'eau-de-vie coupée d'eau, de l'esprit d'éther sulfurique. Trois heures après, elle continuait à se plaindre d'une douleur brûlante dans l'estomac et dans l'intestin, d'une douleur dans la gorge, dans la poitrine et vers la partie inférieure de la colonne vertébrale. Nausées et crachottements presque continuels, respiration spasmodique, pouls faible à 120, intermittent toutes les deux pulsations. Elle venait d'avoir une convulsion générale qui avait duré cinq minutes, et il y avait fréquemment de légers mouvements spasmodiques de diverses parties, des doigts en particulier; pupilles dilatées, mais se contractant par l'exposition à une forte lumière. L'intelligence était nette. Teinture d'opium, 20 gouttes de temps en temps. Dès que la malade

eut pris du laudanum, elle se trouva beaucoup mieux; les spasmes et les autres symptômes se calmèrent. Bref, en quelques heures, tout paraissait rentré dans l'ordre, et le lendemain, il ne restait aucune trace de cet accident. (*American Journal of med.*, 1853.)

ENFANTS (*Danger de ne pas mettre promptement fin aux fièvres d'accès chez les*). Les questions de pathologie et de thérapeutique générales sont fort négligées par notre génération médicale actuelle; aussi profitons-nous avec empressement de toutes les occasions qui nous sont fournies de rappeler l'attention sur les faits de cet ordre. Les quelques lignes suivantes, dues à un praticien distingué de la Belgique, méritent d'être mises sous les yeux de nos lecteurs. « Je pense qu'il est peu de médecins, du moins de ceux qui pratiquent dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique et fréquente, dit M. Vanoye, qui ne se soient trouvés quelquefois dans l'embarras, alors qu'il s'est agi de traiter, chez les enfants, certaines pyrexies à type vague mal caractérisé. C'est qu'en effet les fièvres d'accès du jeune âge sont le plus souvent d'autant moins bien prononcées qu'elles affectent des sujets plus faibles et plus chétifs. Or, l'expérience m'a appris que les accès doivent être promptement arrêtés, et que pour peu qu'on omette de le faire, on court risque de voir, sinon la mort survenir, au moins la maladie se transformer en une autre plus grave ou plus rebelle. En Flandre, et surtout en automne, il n'est pas rare de voir la méningite succéder à une fièvre intermittente négligée ou mal traitée, et parmi les faits que je considère comme de sévères leçons de l'expérience, je me rappelle le cas d'un enfant de quinze mois, chez lequel, après avoir hésité à mettre fin à des exacerbations fébriles vaguement dessinées et à peine intermittentes, je vis survenir des convulsions qui se sont succédé, malgré un grand nombre de remèdes, et qui, malheureusement, se sont transformées en accès épileptiformes, et plus tard en épilepsie confirmée. Most rapporte aussi des cas de ce genre, et Stol et Rosentein ont vu le rachitis être la suite de la fièvre intermittente. » L'influence accélératrice des pyrexies, même d'apparence bénigne, sur le développement et la marche des affections organiques, et leur état de latence impliquent de la part du praticien l'indication d'en triompher immédiatement. L'appréciation de cette influence ne date pas d'aujourd'hui, puisque Hippocrate la signalait; mais on l'a oubliée, comme beaucoup d'autres enseignements qui nous ont été légués par la tradition. (*Annales de Roulers*, 1853.)

HYPOCHONDRIE (*Effets remarquables du chloroforme à l'intérieur dans l'*). Les trois faits rapportés par M. Osborne montrent toute l'efficacité du chloroforme ingéré dans l'estomac pour diminuer et faire disparaître les sensations particulières qui se rattachent à l'hypochondrie. Le premier de ces faits est relatif à une femme mariée, âgée de trente-trois ans, à l'aspect geignant et souffrant, qui avait été déjà traitée par M. Osborne et par un autre médecin pour des douleurs très-variées, dont elle fixait le siége dans la région abdominale. Comme elle paraissait souffrir d'une névralgie spinale, une application de nitrate d'argent fut faite sur la colonne vertébrale, et on lui fit prendre quelques autres remèdes. Néanmoins, elle conservait une sensation indescriptible de faiblesse et de malaise intérieur, dont la cause paraissait très-difficile à pénétrer. Cependant l'appétit était bon, les fonctions digestives se faisaient régulièrement. Pendant deux jours, la malade prit dix gouttes de chloroforme trois fois par jour, et dès le troisième jour elle se trouvait mieux; enfin, après quelques jours, la guérison était complète. Dans le second fait, c'était un homme de vingt-neuf ans, qui se plaignait d'un profond affaissement et d'un dégoût insurmontable pour toute espèce d'exercice. La face exprimait la tristesse et la morosité; toutes les fonctions étaient à l'état normal, sauf des battements tumultueux du cœur, à la moindre émotion, au moindre exercice. Le malade avait pris du valérianate de zinc et des pilules pour régulariser les fonctions digestives; mais bien que les battements du cœur fussent plus calmes, l'abattement et la sensation intérieure persistaient. Après avoir pris 20 gouttes de chloroforme, trois fois par jour, pendant deux jours, le malade

commença à se trouver mieux; le sommeil était encore peu satisfaisant et troublé par des rêves; on lui fit prendre 40 gouttes de chloroforme, le soir en se couchant. Après avoir pris cette dose deux nuits de suite, le sommeil redevint meilleur, et quelques jours après, le malade quittait l'hôpital dans un meilleur état. Dans un troisième cas, chez un fermier de 28 ans, c'était aussi un sentiment de défaillance et d'affaissement intérieur, qui durait depuis plusieurs mois, et qui l'empêchait de se livrer au moindre exercice et au moindre travail. La face exprimait la tristesse la plus profonde. Constipation habituelle, bien que le malade eût fait souvent usage de purgatifs. Traitement : 10 gouttes de chloroforme, trois fois par jour, et deux pilules d'assa-fœtida, à deux jours d'intervalle. Après quatre jours de ce traitement, la face avait repris son calme; le malade avouait qu'il se trouvait mieux, et quelques jours après, se trouvant assez fort pour reprendre ses travaux, il quittait l'hôpital.

Tels sont les trois faits rapportés par M. Osborne; ils témoignent hautement du soulagement apporté par le chloroforme; mais reste à savoir quelle aura été la durée de ce soulagement, et sur ce point il est bien permis de faire quelque réserve. Nous avons été d'ailleurs plusieurs fois à même de vérifier les bons résultats du chloroforme donné à l'intérieur, dans le service de M. Aran, qui en fait un grand usage contre l'hystérie et la dyspepsie; mais M. Aran ne considère ce moyen que comme un adjuvant aux traitements variés qu'il emploie dans ces névroses.

En terminant, nous croyons devoir faire connaître le mode d'administration suivi par M. Osborne dans ces différents cas. C'est dans une décoction de mousse d'Irlande ou de caragaben que ce médecin administre le chloroforme. Il a remarqué, en effet, que dix gouttes de chloroforme restent suspendues dans une once de cette décoction, pendant un temps indéfini, sans séparation. Ce mélange a un goût très-doux qu'on peut voiler par l'addition de quelques gouttes d'une teinture amère ou aromatique. Un autre moyen d'enlever au chloroforme son goût piquant, est de le combiner avec des teintures, parce qu'il est soluble dans l'alcool. Voici la formule de M. Osborne :

Pr. Chloroforme et teinture de gingembre, de chaque. 15 gr.
Esprit aromatique d'ammoniaque................ 8 gr.

25 gouttes de cette mixture, trois fois par jour, dans un verre de lait.

Cette formule, qui est très-agréable au goût, est susceptible d'additions et de modifications, suivant les cas. (*Dublin Quarterly journal of med.*, novembre.)

LUXATION DU FEMUR (*Deux cas de*) *réduite par la méthode de flexion*. Dans les déplacements des os de l'articulation coxo-fémorale, on a le plus souvent recours à la méthode ordinaire de réduction, l'*extension*, quoique l'emploi de cette méthode constitue une opération si difficile, qu'Ast. Cooper conseillait d'y préparer le patient, en l'affaiblissant par des saignées, des bains et l'usage de l'émétique. Aujourd'hui la découverte des agents anesthésiques est venue nous fournir des moyens plus puissants de triompher de la résistance musculaire; mais cette ressource puissante ne doit pas faire oublier celle non moins précieuse fournie dans l'espèce par la mise en œuvre de la méthode par flexion, signalée dans ce journal par M. Rognetta.

Voici en quoi elle consiste : quelle que soit l'espèce de luxation de la cuisse à laquelle on a affaire, le malade est couché en supination sur un matelas placé par terre. Plusieurs aides assujettissent son corps dans cette position. Le chirurgien saisit le membre luxé, le relève en l'air, comme pour le fléchir sur le bassin; il met par là en relâchement les muscles fémoro-pelviens. Ensuite, seul ou ensemble, avec les mains d'un aide vigoureux et intelligent, il tire fortement et subitement ce membre en haut, comme pour soulever perpendiculairement le bassin en l'air; en même temps il roule ce membre sur son axe, en le portant dans une direction opposée à celle où il se trouve par l'effet du déplacement de l'os. On recommence plusieurs fois la même manœuvre, s'il est nécessaire, et la luxation se réduit d'elle-même comme par enchantement.

Comme exemples de la facilité de la mise en œuvre de ce procédé, et du peu de douleur qui en résulte, nous

rapporterons les deux observations suivantes dues à M. le docteur Claeysens, chirurgien adjoint de l'hôpital de Bruges.

Le premier cas est celui d'un portefaix, âgé de vingt-trois ans, et d'une constitution athlétique. Il venait de faire une chute, le dos chargé d'un énorme sac. A son entrée à l'hôpital, on constate que la tête du fémur gauche est placée sur la face externe de l'os iliaque; le membre est dans la flexion et présente un raccourcissement d'environ deux pouces; le genou et le pied sont tournés en dedans. L'abduction du membre est impossible. Le grand trochanter, peu saillant, est rapproché de la crête iliaque. La hanche a perdu sa forme ordinaire. En tirant sur le membre, il est impossible de le ramener à sa longueur naturelle. Il ne pouvait donc y avoir aucun doute sur la nature de cette luxation.

Le lendemain matin, le malade fut placé dans un bain chaud, pendant une demie-heure; et, la visite terminée, cet homme fut couché en supination sur un matelas étendu par terre et maintenu dans cette position par un aide. Saisissant alors la cuisse, M. Claeysens imprime au membre le plus grand degré de flexion possible, en même temps que la jambe, également fléchie, formait un angle droit avec le fémur. Tournant ensuite le genou en dehors et le pied en dedans, ce chirurgien imprime un mouvement de circumduction au membre luxé, et la tête du fémur fut ramenée dans sa cavité naturelle avec la plus grande facilité.

Dans la seconde observation, la luxation a lieu chez une aliénée, à la suite d'une chute. La constitution peu robuste de cette femme permit de recourir immédiatement à l'emploi de la méthode par flexion, dont le succès fut tout aussi prompt et aussi facile. Pendant un accès d'épilepsie qui survint la nuit suivante, le déplacement se reproduisit; après avoir réduit de nouveau, le chirurgien, afin de prévenir une seconde récidive, place les membres inférieurs dans la demi-flexion et rapprochés l'un de l'autre, puis les fixe dans cette position par un bandage amidonné et ouaté, qui remontait des pieds jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Le vingt-huitième jour après l'accident, l'appareil fut levé; toutes les parties avaient conservé leurs rapports naturels.

Dans les réflexions qui suivent ces observations, après avoir mis en relief la facilité, l'aisance et la promptitude de la réduction, qu'est loin de donner la méthode par extension et contre-extension, M. Claeysens se demande si la méthode par flexion présenterait les mêmes avantages dans les autres variétés de luxation du fémur, ainsi que l'affirme M. Rognetta. Ne pouvant répondre à cet égard, puisque l'occasion lui a manqué de le constater, il n'insiste pas moins à recommander à ses confrères d'en tenter l'essai avec confiance, et que probablement le succès couronnera leur tentative. (*Ann. de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, **1853.**)

VERS INTESTINAUX (*Mydriase et cécité presque complète d'un mois de durée, guéries par l'expulsion de*). Parmi les symptômes qui témoignent de la présence des vers intestinaux chez les enfants, les auteurs ont signalé la dilatation extrême et l'immobilité des pupilles. Mais les exemples dans lesquels ce phénomène est porté au point d'amener une cécité plus ou moins complète sont assez rares pour que nous consignions l'observation suivante.

Un enfant âgé de sept ans, à la suite d'une forte indigestion est pris d'éclampsie. M. Fallot, appelé près du petit malade, prescrit 8 sangsues derrière les oreilles, une potion antispasmodique, un lavement avec l'assa-fœtida, des cataplasmes aux pieds. Le lendemain, lorsque le médecin vient revoir le malade, les parents lui annoncent que leur fils est devenu aveugle. En effet, l'enfant, dont l'intelligence était revenue, se plaint de ne plus bien voir les objets. Les phénomènes de congestion céphalique, accompagnés d'immobilité et d'une énorme dilatation irrégulière des deux pupilles, qui sont aussi étendues que la cornée, engagent à recourir à une nouvelle application de sangsues aux apophyses mastoïdes, dont l'action déplétive est secondée par une dérivation sur le tube digestif. La cécité devient complète quelques jours après (vésicatoire à la nuque). Ne sachant s'il avait affaire à une amaurose commençante ou à une mydriase symptomatique d'un état gastrique ou vermineux, M. Fallot perça une carte avec une épingle, et ayant mis la petite ouverture devant les yeux du

malade, celui-ci parut distinguer moins confusément les objets d'une grande dimension. On eut recours alors à la cautérisation du tour de la cornée avec le crayon de nitrate d'argent, aux frictions stimulantes, aux vapeurs ammoniacales, en même temps qu'on administra à l'intérieur des préparations vermifuges (décoction de mousse de Corse et le calomel). Sous l'influence de ces moyens, l'enfant rend plusieurs jours de suite de nombreux vers lombrics (28 en trois fois, en un seul jour.) A dater de ce moment, la dilatation pupillaire diminua insensiblement, et la vue était revenue à l'état normal un mois après les accidents qui ont suivi l'indigestion. (*Revue Thérap. du Midi*, décembre).

VARIÉTÉS.

Le choléra continue lentement ses progrès à Paris; depuis la fin de novembre jusqu'au 10 de ce mois, le nombre des cas nouveaux a oscillé dans les hôpitaux d'abord entre 20 et 30 par jour, puis entre 30 et 40 Le 9 décembre, il y a même eu 45 cas nouveaux, et le 10 décembre, 47. En revanche, le 11, le nombre des cas est descendu à 25. Cette augmentation des derniers jours paraît tenir à l'explosion de cas nombreux dans quelques hôpitaux, où la maladie avait à peine paru, à la Pitié, par exemple, où il y a eu 27 cas développés à l'intérieur en deux jours. La mortalité se maintient dans d'assez étroites limites, 13 décès le 8 décembre, 17 le 9, 15 le 10 et 14 le 11. En somme, depuis le début de l'épidémie, il y a eu 444 cas de choléra dans les hôpitaux, dont 111 ou un quart développés à l'intérieur; et sur ce nombre il n'y a eu que 194 décès, ou un peu plus d'un tiers. A domicile, le nombre des décès constatés jusqu'au 7 décembre, aux mairies, a été de 146. A Bercy, qui a présenté un assez grand nombre de cholériques, le nombre des décès a été de 38, 4 à Grenelle, 2 à Puteaux, 1 à Meudon, ce qui donne jusqu'ici, pour la mortalité du département de la Seine, plus de 350 décès cholériques.

A Londres, le choléra est dans une période décroissante très-marquée; 28 décès cholériques seulement dans la dernière semaine.

Un décret impérial du 10 de ce mois supprime la chaire de chimie médicale, laissée vacante par la mort de M. Orfila, et crée une chaire de pharmacie que remplira l'honorable M. Soubeiran. Le rapport suivant du ministre de l'instruction publique à l'Empereur expose et justifie cette double mesure, qui a été accueillie avec une grande faveur.

« Sire, des deux chaires entre lesquelles est aujourd'hui partagé le cours de chimie de la Faculté de médecine de Paris, celle de chimie médicale est restée vacante par la mort d'un illustre professeur, et, avant d'y pourvoir, j'ai voulu examiner si ce double enseignement était absolument nécessaire, ou s'il n'y aurait pas avantage pour la science à changer le caractère et l'objet de l'une des deux chaires.

« La Faculté de médecine, consultée à ce sujet, a pensé, comme moi, qu'un enseignement important, celui de la pharmacie, auquel le professeur de chimie organique ne pouvait consacrer chaque année qu'un petit nombre de leçons, devait être substitué à la chaire vacante, et recevoir ainsi tous les développements propres à donner aux jeunes médecins une connaissance suffisante de cette partie de la thérapeutique. Ils ne sauraient, en effet, étudier avec trop de soin la nature, la combinaison et le mode d'action des médicaments, ni être trop scrupuleusement préparés, soit à diriger la composition des remèdes qu'ils devront prescrire, soit à procéder, comme membres des jurys médicaux, à l'examen des aspirants pharmaciens ou à

l'analyse des substances pharmaceutiques. Ces notions, si elles étaient suffisamment approfondies, préviendraient des erreurs trop fréquentes, et contribueraient à rectifier et à relever partout la pratique de l'art de guérir.

« Ce n'est point d'ailleurs une innovation complète que j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté, en lui soumettant le projet de décret qui substituerait à la chaire de chimie médicale actuellement vacante une chaire de pharmacie. Ce dernier titre a été pendant longtemps celui de la chaire que, pour satisfaire des besoins nouveaux de la science et pour associer aussi une grande renommée à l'enseignement de la Faculté de médecine, on a postérieurement transformée en chaire de chimie organique. C'est celle-ci qui désormais, sous le titre de *Cours de chimie organique et de chimie minérale*, serait seule consacrée à l'enseignement de toutes les connaissances chimiques dont les élèves peuvent avoir besoin.

« Si Votre Majesté juge ces changements utiles, je lui proposerai d'appeler à la nouvelle chaire de pharmacie un professeur qui a acquis, dans cet enseignement même, une juste célébrité, et dont les succès, dans une autre école, se continueraient, j'en ai la conviction, sur le théâtre plus vaste de la Faculté de médecine de Paris. H. Fortoul. »

La rentrée des Facultés des sciences s'est faite cette année dans nos provinces avec une pompe inaccoutumée. Chacun des inspecteurs généraux de l'Université avait été envoyé pour présider ces séances et développer devant les corps enseignants les motifs des modifications apportées récemment aux études classiques. M. le professeur Bérard avait été naturellement choisi pour présider la séance de rentrée de la Faculté de Montpellier. Un inspecteur général, en même temps professeur à l'Ecole de Médecine de Paris, ne pouvait borner son discours à la justification du décret sur la bifurcation des études classiques; il fallait étendre son sujet, et nul mieux que le sagace physiologiste n'était apte à mettre en relief la valeur de l'alliance des lettres et des sciences au point de vue des progrès de la médecine. Le développement de cette thèse devant la moderne Cos était question fort délicate; les passages qui suivent montreront mieux que nous le pourrions dire avec quel succès M. Bérard a su remplir sa mission; avec quel bonheur l'éloquent professeur a su rendre justice à la célèbre Faculté, sans toutefois abandonner le drapeau de l'Ecole qui, naguère encore, l'avait placé à sa tête.

« J'ai accepté avec empressement la mission qui m'était assignée par le ministre, et j'éprouve, au moment de la remplir, une émotion dont la cause n'échappera à personne : ici tout est plein des souvenirs, tout redit l'antique gloire de cette Faculté célèbre qui, au milieu des ténèbres de la scolastique, fit luire, tout à coup, la lumière de l'école de Cos. Vous avez raison d'être fiers du passé que je rappelle, habitants de Montpellier! Une destinée tout exceptionnelle était réservée à cette Faculté qui vous est si chère; et les fastes universitaires ne devaient point enregistrer un second exemple de ce qui s'est accompli dans vos murs. Les disciples que, dès le treizième siècle, on initie, chez vous, à l'art de guérir, vont porter, dans toutes les provinces du royaume et dans tous les Etats de l'Europe, les noms des professeurs de Monpellier. Désormais, et pendant une longue suite d'années, les rois de France iront lui demander leurs médecins. De bonne heure elle saura s'affranchir et de la *chimiatrie* et du *mécanisme*, doctrines préparées, peut-être, par Descartes, mais filles indignes d'une si noble parenté. Aux systèmes *à priori*, on la verra substituer l'observation patiente et fidèle de la nature, et cette méthode inductive qui guidait le grand New-

ton dans la recherche de la cause des mouvements célestes. Elle ne croira pas altérer la pureté de ses dogmes en faisant place aux vérités nouvelles : ce n'est pas à Montpellier que la découverte de la circulation du sang trouva ses contradicteurs. A l'étude des phénomènes de la vie chez l'homme, elle joint la contemplation des forces qui l'animent, montrant ainsi le côté par lequel la médecine s'allie plus intimement à la philosophie. Quoi de plus touchant, de plus moral que le sentiment de respect et d'amour dont elle pénètre les hommes qu'elle a formés dans son sein ou qu'elle a appelés à la noble tâche de continuer ses traditions par l'enseignement! Nul sacrifice ne leur coûtera pour augmenter la splendeur de l'école. C'est Grassin dont la libéralité est attestée par une vieille inscription; c'est Rondelet présidant à l'érection de l'ancien amphithéâtre; c'est Ranchin relevant cet amphithéâtre de ses ruines, à ses propres frais, et l'ornant avec une munificence qui eût honoré un souverain. Et, de même que noblesse oblige, on a vu les successeurs de ces premiers maîtres, on a vu les Bordeu, les Barthez, les Bérard, élever, à la gloire de cette école, des monuments d'un autre genre; monuments plus durables que ceux que la pierre et la chaux ont cimentés. Comment un professeur de physiologie ne se sentirait-il pas ému au milieu de vous!

« Heureux effets des changements que la marche du temps a imprimés à nos esprits, à nos mœurs! Il y a deux cents ans, deux Facultés rivales faisaient retentir le Parlement de leurs querelles, et le délégué de Montpellier succombait, à Paris, sous l'argumentation incisive, les traits mordants du plus sarcastique médecin de l'époque (1). Aujourd'hui, et comme par une sorte de réparation, un ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris vient encourager de sa parole les disciples des professeurs de Montpellier!

« Si le médecin arrête involontairement son imagination sur le passé de cette école, le littérateur, le savant nous rappelleraient, sans doute, que, dans ces contrées fortunées, au milieu de cette population spirituelle et vive, les sciences et les lettres sont sorties de l'état de torpeur où elles avaient langui depuis le moment où, envahi par des hordes de barbares, l'Occident semblait avoir perdu jusqu'au souvenir de la domination romaine. Alors que les ténèbres gagnaient en Europe et obscurcissaient l'esprit humain, la lumière brillait encore dans quelques points du vaste empire que les conquêtes des Arabes avaient institué; on y avait traduit Aristote, Platon, Hippocrate et la plupart des écrits de l'école d'Alexandrie. Les vainqueurs, en pénétrant dans la Péninsule, y avaient apporté ces œuvres précieuses de l'intelligence humaine que devaient recueillir les écoles de Salerne et de Montpellier. Bientôt les chants des troubadours montrèrent que la Provence s'était inspirée de la littérature arabe. Cette révolution, qui précéda la renaissance, doit-elle être attribuée à la médecine? En soutenant cette thèse, le professeur érudit (2) qui siégea autrefois dans cette école, et que la mort vient de ravir à la science, s'était souvenu, sans doute, de la parenté d'Esculape et d'Apollon. Mais, cette fois, la filiation était intervertie, et la médecine semblait rendre à la littérature ce qu'elle en avait reçu dans les temps fabuleux. » . . . .

(1) Gui-Patin.
(2) Prunelle.

. . . .

« Ailleurs la matière vivante, élastique et vibratile imprime à l'air les ondulations qui vont porter autour de nous l'expression de notre pensée. Aurions nous la prétention d'interdire à la physique d'intervenir, avec ses théories des divers instruments, dans le problème si épineux de la formation de la voix humaine? Et si, de l'organe qui engendre la voix nous passons à celui qui la recueille, pourrons-nous en pénétrer le mécanisme sans être familiarisés avec les lois qui président à la propagation des sons dans les différents milieux et d'un milieu dans un autre; de l'air aux solides; de l'air aux liquides; de ceux-ci à ceux-là; sans connaître la curieuse influence de lames membraneuses interposées à l'air et aux liquides, et dans quelles circonstances des parties élastiques se prennent à vibrer à l'unisson des ondulations sonores que l'air a apportées jusqu'à elles?

« Que, mettant en parallèle la vélocité des mouvements électriques avec la rapidité des sensations et de la pensée, on ait, dans une généralisation téméraire et illégitime, prononcé l'identité de la force nerveuse et de la force électrique, nous ne voyons là que l'oubli de cette méthode rigoureuse et salutaire dont le génie de Bacon a doté la science, et qui devait désormais assurer ses progrès! Mais sans prétendre à de si hautes destinées, l'électricité, soit qu'on l'envisage comme cause ou comme effet, a tenu une si grande place en physiologie, depuis l'époque mémorable où les débats élevés entre Volta et Galvani absorbaient l'attention du monde savant, jusqu'à la découverte du *courant propre* et de la *contraction induite*, qu'elle doit absolument figurer dans le programme d'études du futur élève en médecine. Dirai-je les applications de la physique à certains phénomènes de la température? de l'hydraulique au mouvement du sang dans les grosses divisions vasculaires? Rappellerai-je dans combien d'actes des corps vivants intervient le poids de l'atmosphère? Partout nous verrions que ces êtres sont tributaires des agents physiques qui les entourent, et sur les propriétés desquelles l'organisation semble calculée; partout on admire les plus heureux rapports entre le moyen et le but! Elèves de Montpellier, loin de moi la pensée de vous détourner de cette tendance philosophique, honneur et tradition de votre Ecole! Continuez de recueillir la parole de ce maître vénéré, dont la belle et verte intelligence brave les outrages des ans (1)! Mais, des hauteurs où vous contemplez le principe vital, ne dédaignez pas de tourner vos regards vers les *rouages du corps humain;* ils valent bien la peine, eux aussi, qu'on les étudie et qu'on les contemple! Contemplation de la matière! dira-t-on. Eh! Messieurs, elle inspirait à Bossuet ces belles paroles : « *Le corps humain est l'ouvrage d'un dessin profond et admirable.* » Elle faisait dire à Fénelon : *Ce dedans de l'homme qui est, tout ensemble, si hideux et si admirable, est précisément comme il doit être pour montrer une boue travaillée de main divine.* »

L'Académie de Médecine a tenu sa séance annuelle avec son éclat accoutumé, devant une assistance nombreuse de médecins, d'élèves et même de dames auxquelles MM. les académiciens avaient fait la politesse de céder tout l'hémicycle. L'attrait de cette séance était, comme toujours, l'éloge que devait prononcer l'éloquent secrétaire perpétuel; mais l'intérêt se

(1) M. le professeur Lordat.

trouvait encore augmenté cette année ; l'on savait que, séduit par les actes de munificence dont M. Orfila avait marqué les derniers jours de sa vie, M. Dubois, d'Amiens, avait voulu se hâter de payer la dette que créait un acte jusque-là sans exemple, et l'on se demandait comment l'orateur arriverait à triompher des difficultés de son sujet. Disons de suite que M. Dubois a accompli cette fois encore, avec bonheur, sa tâche de panégyriste officiel de l'Académie. Il s'est mis à l'abri des écueils semés sur sa route, en détournant les yeux de certains points de la vie de son héros, disant, avec un illustre maréchal de France, que « certains hommes demandent à être jugés par leurs services et non par leurs erreurs.—Leurs services sont à eux, leurs erreurs sont de l'homme et de son temps.» Le savant secrétaire perpétuel a donné une nouvelle preuve de ses talents comme orateur et comme philosophe. Aussi des applaudissements unanimes sont venus lui prouver qu'il pouvait compter un succès de plus.

Voici la liste des lauréats proclamés par M. le président :

Prix de 1853. — *Prix de l'Académie.* — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite ? » En cas d'affirmative, tracer leur histoire. Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné : 1° un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul Leroy-d'Etiolles ; 2° un prix de 700 fr. à M. le docteur Abeille; 3° un encouragement de 300 fr. à M. le docteur Landry (Octave).

Prix Portal. — L'Académie avait proposé pour question : « De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie. » Ce prix était de 1,000 fr. L'Académie décerne ce prix à M. le docteur Bach (de Strasbourg). Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Philippeaux (de Lyon), et à M. le docteur Le Tertre Vallier, médecin militaire à Amiens.

Prix Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Faire l'histoire du *tétanos*. » L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,500 fr.; elle a accordé : 1° un prix de 1,000 fr. à M. Emile Rémilly (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris ; 2° un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules Gimelle.

Prix Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchements*, était la suivante : « Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. » Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie. Cette question ne sera pas remise au concours.

La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *eaux minérales*, était la suivante : « Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal. » Ce prix était de la valeur de 1,500 fr. L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde : 1° une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest Baudrimont ; 2° une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. Filhol, professeur de chimie à l'Ecole de Toulouse.

Prix et Médailles accordés à MM. les Médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder : 1° un prix de 1,500 fr., partagé entre les trois médecins dont les noms suivent : M. Boissat (de Bourdeilles), directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné, par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département; M. Morillon, officier de santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées, et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine ; M. le docteur James, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport

qu'il a fait au Comité central de vaccine de ce département dans la séance publique de 1852.

2° Quatre médailles d'or : à M. Hullin, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, ayant pour titre : *Sur la variole, la vaccine et les revaccinations*, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées ; à M. Héritier, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées ; à M. Renault, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccine, pour le zèle qu'il ne cesse de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, les vaccinateurs venant après lui n'ayant pas atteint le chiffre de 300 ; M. Andriot, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les Médecins inspecteurs des eaux minérales et à MM. les Médecins des épidémies. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux. En conséquence, elle accorde, pour ce qui concerne le service des *eaux minérales* : une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent, savoir : 1° à M. Mazade, pharmacien à Valence, qui, le premier, a signalé dans les eaux minérales de Neyrac la présence du cobalt, du nickel, du titane, de la zircone, etc.; 2° à M. Alibert (Constant), qui a fait parvenir à l'Académie un remarquable mémoire sur les eaux d'Ax (Ariège), dont il est médecin inspecteur, et une bonne notice sur les eaux peu connues de Marens, Carcanière et d'Escoulonbre, monographie qui manquait à la science hydrologique ; 3° à M. Charles Petit, qui a étudié avec une remarquable exactitude les effets physiologiques et thérapeutiques des principes minéralisateurs des eaux de Vichy ; 4° à M. Durand-Fardel, qui a adressé à l'Académie un mémoire très-étendu sur les résultats cliniques de cinq années de pratique à Vichy ; 5° à M. Bailly fils, qui a fait une judicieuse appréciation des propriétés médicales des eaux de Bains (Vosges) ; 6° à M. Kuhn, qui a transmis, pour 1852, un rapport renfermant des considérations du plus haut intérêt sur les eaux de Niederbronn (Bas-Rhin) ; 7° à M. Niépce, pour ses deux rapports sur les eaux d'Allevard (Isère), et pour ses notes sur les eaux minérales des Hautes et Basses-Alpes.

Et des médailles de bronze : 1° à M. Pagès, inspecteur des eaux de Baréges, pour ses rapports de 1851 et 1852; 2° à M. Affre, médecin inspecteur des bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), pour son rapport de 1852 ; 3° à M. Bernard, médecin inspecteur adjoint à Uriage (Isère), pour son rapport de 1852.

L'Académie accorde en outre, pour ce qui concerne le service des *épidémies*, une médaille d'argent à chacun des médecins dont les noms suivent : 1° à M. Foucault, d'Epernay (Marne), pour son rapport sur plusieurs épidémies d'angine couenneuse ; 2° à M. Pone, de Pontarlier (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ; 3° à M. Druheu aîné, de Besançon (Doubs), pour son rapport sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde ; 4° à M. Dubourg, de Marmande (Lot-et-Garonne), pour ses travaux sur diverses épidémies.

Et des médailles de bronze : 1° à M. Mangin, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ; 2° à M. Germain, de Salins (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ; 3° à M. Motte, des Andelys (Seine-Inférieure), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ; 4° à M. Closmadeuc, de Vannes (Morbihan), pour son rapport sur une épidémie de dyssenterie.

Prix proposés pour 1854. — *Prix de l'Académie*. — « De l'huile de foie

do morue considérée comme agent thérapeutique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Civrieux.—« Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Lefèvre.—« De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix Capuron.—« De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Nadau. — Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855. — *Prix de l'Académie.* — « Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal.—« Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux.—« De la catalepsie.» Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Capuron.— *Question relative à l'art des accouchements.*—« Des morts subites dans l'état puerpéral. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Question relative aux eaux minérales.*—« Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.» Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856. — *Prix d'Argenteuil.* — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. — La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

L'Ecole de pharmacie a fait sa rentrée en séance publique. M. Figuier, professeur agrégé, a lu de savantes et intéressantes *Etudes sur la docrine et les travaux des alchimistes*. Les noms des lauréats ont été ensuite proclamés dans l'ordre suivant : 1er *prix* (médaille d'or), M. Sarradin ; 2e *prix* (médaille d'argent), M. Pont. *Mention honorable* : M. Rissler.

La Société de pharmacie, qui pour cette solennité s'était réunie à l'Ecole, a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Pasteur, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour sa belle découverte sur la transformation de l'acide tartrique en acide racémique. Elle a ensuite proposé : 1° un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine; 2° un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du nerprun; 3° un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du chanvre.

Un M. Bréant vient d'instituer un legs de 100,000 fr. pour être donné en prix à celui qui trouvera le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura trouvé les causes de ce terrible fléau. « Comme il est probable que ce prix ne sera pas décerné de suite, je veux, dit le donataire, que chaque année l'intérêt du capital soit donné par l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui, jusqu'à ce moment, ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies. L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et d'aptitude à imposer aux concurrents et des sujets à proposer au concours, mais seulement dans les limites que j'ai posées. Je lui confie ma pensée, convaincu que la lumière de ses membres assurera la pleine exécution de mon intention. »

On lit dans le *Moniteur :* « L'hôpital des Enfants malades a été fondé à la fin du siècle dernier, dans le but d'éviter la confusion toujours fâcheuse des enfants et des adultes. Par sa situation au delà du boulevard des Invalides, à une grande distance des faubourgs Saint-Antoine, du Temple, Saint-Martin, Saint-Denis, Montmartre, il expose les indigents de ces quartiers à des déplacements pénibles et dispendieux. Un tel inconvénient ne pouvait échapper aux généreuses investigations de S. M. l'Impératrice ; dans sa sollicitude pour les classes nécessiteuses, elle a inspiré à l'administration un projet dont la réalisation sera bénie par les mères déshéritées de la fortune et frappées dans leurs enfants.

« M. le préfet de la Seine a fait mettre à l'étude la construction d'un hôpital de 400 lits sur les vastes terrains contigus à l'hôpital Saint-Antoine, au centre du faubourg le plus vaste de Paris ; les enfants y seront admis aux mêmes conditions qu'à l'hôpital actuel et pourront y recevoir de plus fréquentes visites de leurs parents. M. Labrousse, architecte, connu par ses importants travaux, est chargé de préparer le projet. L'établissement sera placé sous le patronage de S. M. l'Impératrice. ».

M. Stanislas Martin nous communique le passage suivant des Annales des justices de paix, qui peut intéresser nos lecteurs.

« Lorsqu'un commissaire de police a transmis au procureur impérial les procès-verbaux constatant un crime et dressés lors de la découverte du corps de délit, et lorsqu'il n'est pas constaté que le procureur impérial ait continué sa délégation à ce magistrat, le flagrant délit n'est pas constant ; en conséquence, le médecin requis dans ces circonstances par le commissaire de police, à l'effet de visiter la femme soupçonnée du crime d'infanticide, peut refuser d'obtempérer à cette réquisition, sans être passible de l'amende prononcée par l'article 475, n° 12, du Code pénal. »

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LE SULFATE DE QUININE ASSOCIÉ A L'ACIDE TARTRIQUE,

Par le docteur RAIMOND BARTELLA.

(Suite et fin) (1).

Fièvres intermittentes pernicieuses. — Pour compléter les faits que je me suis proposé de faire connaître relativement à ce nouveau mode de traitement des fièvres intermittentes, il me reste à parler des fièvres intermittentes pernicieuses que j'ai eu à traiter au nombre de douze, et dont une seule appartenait aux *febres comitatæ,* ou fièvres pernicieuses avec symptôme prédominant, et les onze autres aux fièvres pernicieuses subcontinues.

1° *Fièvres pernicieuses avec un symptôme prédominant.* — C'est sous la forme cholérique que s'est présentée à moi la seule fièvre intermittente pernicieuse de ce genre que j'ai eu à traiter. Le sujet de cette observation, campagnard, âgé de trente ans, venait de travailler à la moisson dans les maremmes basses, et il était rentré chez lui en bonne santé depuis plusieurs jours, lorsque, le 22 août, il fut pris d'un violent frisson, qui dura une heure, avec vomissements et déjections bilieuses répétées, crampes des extrémités, raucité de la voix, excavation des yeux, refroidissement des extrémités, petitesse extrême du pouls, oppression et ardeur insupportable vers l'estomac, coloration livide de la peau. Cet appareil de symptômes dura quatre heures. Potion fortement stimulante avec teinture thébaïque. Au commencement de la réaction, et lorsque le vomissement commençait à peine à se calmer, je lui prescrivis 30 grains (2) de sulfo-tartrate de quinine, dissous dans deux onces de liquide, à prendre par cuillerée toutes les demi-heures. Apyrexie à la suite d'une sueur abondante. Le lendemain, pas d'accès et aucun symptôme semblable à ceux des jours précédents. Le surlendemain, la fièvre parut, mais deux heures plus tard, avec peu de frisson, sans vomissement, sans crampes et sans déjections alvines. Six autres grains vers la fin de l'accès. Deux jours après, la fièvre manqua, et le malade ne s'en est pas ressenti depuis.

(1) Voir la livraison du 15 novembre, page 397.

(2) Nous rappellerons que la dose de sulfo-tartrate de quinine indiquée par l'auteur doit toujours s'entendre d'une dose semblable de sulfate de quinine et d'acide tartrique. (*Note du rédacteur.*)

Peut-être les médecins, habitués à administrer en pareille occasion jusqu'à un gros de l'antipériodique, me trouveront-ils bien hardi de n'avoir donné qu'une si faible dose du fébrifuge dans une fièvre cholérique. J'avoue même que si j'avais dû employer le sulfate de quinine seul, j'en aurais au moins prescrit pour première dose deux scrupules; mais, avec la connaissance que j'ai de l'activité plus grande du sulfo-tartrate de quinine, j'étais convaincu que trente grains suffisaient. La seconde dose fut encore plus faible, à la fois parce que le malade avait déjà ressenti d'une manière énergique l'action de la première, et parce que le second accès n'eut qu'une médiocre intensité.

2° *Fièvres pernicieuses subcontinues.* — Ces fièvres, au nombre de onze, se présentaient sous des formes diverses et étaient accompagnées de symptômes nombreux et graves, pour la plupart gastro-bilieux et rhumatiques. Il serait trop long de rapporter ici l'observation de tous ces cas, et d'ailleurs je n'apprendrais rien certainement aux praticiens. Je me bornerai, et c'est là l'important, à faire connaître la dose à laquelle il a fallu porter le fébrifuge sans obtenir la guérison, et le mode d'administration de ce médicament.

Ainsi que je l'ai dit, les doses de fébrifuge ont été moins appropriées à la nature de l'accès fébrile qu'à sa tendance plus ou moins grande vers la continuité, et, par suite, la première dose a varié entre 12 et 24 grains, et la seconde entre 6 et 14 grains, suivant l'action plus ou moins énergique de la première, de même que suivant la modification produite dans le premier accès. En voici les résultats.

Une première dose de 12 grains a été administrée dans trois cas de fièvre pernicieuse subcontinue. Dans le premier, fièvre subcontinue, avec prédominance de symptômes gastriques et rhumatismaux, chez une femme récemment accouchée, 12 grains furent administrés en trois fois, au moment de l'apparition d'un peu de sueur, au troisième jour. L'accès du lendemain fut moins intense, mais retardé d'une heure. Même dose du fébrifuge. L'accès fébrile manqua le lendemain, et avec lui disparurent les symptômes gastriques et rhumatiques, qui s'étaient déjà mitigés sous l'influence de la première dose du fébrifuge. Dans le second cas, chez un jeune homme de dix-huit ans, fièvre pernicieuse subcontinue associée à la diathèse vermineuse, demi-scrupule du fébrifuge fut administré le troisième jour. Accès suivant moins intense et retardé de deux heures; même dose. Guérison, consolidée par l'administration de quelques purgatifs et de la santonine. Enfin, dans le troisième cas, chez une femme de la campagne, âgée de quarante ans, dont la fièvre ressemblait à celle de la première malade, une première dose d'un demi-scrupule rendit l'accès du lendemain moins intense et le

retarda de deux heures. Seconde dose de 8 grains. L'accès manqua ; mais la complication gastro-rhumatismale réclama l'emploi des purgatifs et des diaphorétiques. Rechute vingt-trois jours après, mais sous la forme de fièvre tierce simple. Guérison par 12 grains du fébrifuge en une seule dose. Nouvelle rechute, sous le même type, sept mois après. Guérison par deux doses du fébrifuge, l'une de 12 et l'autre de 6 grains.

Dans deux autres cas, la gravité plus grande du paroxysme et la tendance plus marquée à la continuité m'engagèrent à porter la première dose du fébrifuge à 16 grains. Dans le premier cas, c'était chez une jeune fille de quatorze ans, fièvre intermittente avec complication gastrique saburrale. Cette complication supprimée par les eméto-cathartiques, je donnai 16 grains de fébrifuge dans deux onces de liquide, à intervalle d'une heure. L'accès revint à la même heure le lendemain, mais plus discret. Nouvelle dose de 8 grains. L'accès manqua, et quelques purgatifs achevèrent la guérison. Dans le second cas, fièvre gastrique subinflammatoire chez une femme de la campagne, âgée de quarante ans ; malgré la diminution de cet état particulier, les accès se rapprochaient toujours de plus en plus. Je lui prescrivis 16 grains de sulfo-tartrate. L'accès fut plus intense le lendemain ; 14 grains. Pas d'accès le surlendemain ni les jours suivants. Les purgatifs achevèrent la guérison. Rechute sous le type double-tierce onze jours après ; guérison par un demi-scrupule du même sel. Nouvelle rechute dix jours après. Administration de deux demi-scrupules. Guérison définitive.

Dans cinq autres cas et pour les mêmes raisons que précédemment, la première dose de fébrifuge a été portée à 18 grains. Dans deux des cas seulement, cette dose a été suffisante pour couper la périodicité et la tendance à la continuité, bien que ces deux cas se présentassent avec un certain aspect de gravité. Dans un troisième, il a fallu donner une seconde dose d'un demi-scrupule. C'était une fièvre compliquée d'un état gastrique et saburral ; la première dose avait seulement rendu l'accès un peu plus léger. Un demi-scrupule fit manquer l'accès suivant, et la guérison fut achevée avec quelques eccoprotiques. Dans un quatrième cas, il fallut en venir à une troisième dose de un demi-scrupule. Fièvre périodique avec complication gastro-rhumatique. L'accès fut diminué et retardé de deux heures par la première dose de 18 grains ; mais, malgré la seconde de 6 grains, l'accès suivant avança de quatre heures et fut plus intense que le précédent. Nouvelle dose de six grains. Pas d'accès. Je traitai ensuite la complication gastrique et rhumatismale. Des accès fébriles erratiques que le malade présenta quelque temps après cédèrent à un demi-scrupule du fébrifuge. Enfin, chez le cin-

quième malade, la fièvre, associée à une complication gastrique et rhumatismale, fut seulement retardée par la première dose de 18 grains. Une seconde dose de 6 grains l'a encore retardée en diminuant son intensité. Après la troisième, de 6 grains également, l'accès revint assez intense, et ce ne fut qu'après une quatrième dose semblable que l'accès manqua. Des diaphorétiques et de légers minoratifs achevèrent la guérison.

Dans un dernier cas enfin, la première dose a été portée à un scrupule, chez un homme de quarante-sept ans, atteint d'une fièvre compliquée de symptômes gastro-bilieux, avec tendance telle à l'acuité que du quatrième au cinquième jour il restait à peine un court intervalle entre un accès et le suivant. Une première dose d'un scrupule, administrée dans un intervalle de deux heures, amena une sueur plus abondante et un peu d'allongement de l'apyrexie, avec un calme très-prononcé dans les symptômes bilieux. L'accès du lendemain fut plus discret et retardé d'une heure. Demi-scrupule du même médicament au commencement de la sueur, qui fut plus abondante. Le surlendemain, pas d'accès. Guérison par les minoratifs, les autres végétaux et quelques huileux. Le médicament fut continué à dose préservatrice.

Ici s'arrête ce que j'avais à dire de mes expériences entreprises relativement à l'action du sulfo-tartrate de quinine contre les fièvres intermittentes simples ou pernicieuses. Mais dans le but de me confirmer davantage dans la confiance que m'inspirait ce médicament, j'ai cru devoir entreprendre, comme contre-épreuve, quelques expériences avec le sulfate de quinine, en me plaçant, autant que possible, dans les mêmes conditions et en donnant les mêmes doses.

Ces expériences ont été faites sur 12 fièvres intermittentes, de types divers et suivant les mêmes règles que pour l'administration du sulfo-tartrate, c'est-à-dire que j'ai toujours donné une première dose proportionnée à l'âge du malade, à la gravité et à la période de la fièvre ; ensuite, avant d'en venir à une nouvelle dose, j'ai voulu attendre le retour de deux nouveaux accès, et c'est d'après leur intensité que j'ai réglé la seconde dose.

Ai-je besoin de dire que ces expériences ont été faites seulement sur des fièvres intermittentes simples? Je n'aurais certes pas osé donner dans des fièvres pernicieuses des doses de sulfate de quinine moindres que celles que j'employais autrefois. J'arrive maintenant aux résultats que m'ont fournis ces expériences.

Je n'ai traité par le sulfate de quinine qu'une seule fièvre quotidienne légitime. J'ai donné une première dose de 6 grains de sulfate à la fin de l'accès. L'accès suivant n'a pas été modifié. Nouvelle et sem-

blable dose de sulfate ; accès plus modéré. L'accès reparaît encore le lendemain. Troisième dose de 6 grains. Pas d'accès.

Les fièvres tierces simples étaient au nombre de trois, et la dose de sulfate de quinine a varié suivant l'intensité de l'accès. Ainsi, dans un de ces cas la première dose a été d'un demi-scrupule, donné à la fin de l'accès. L'accès suivant n'a pas été modifié. Nouvelle et semblable dose administrée de même. Cessation de la périodicité. Dans un second cas, l'accès étant plus intense, la dose de sulfate fut portée à 18 grains, et cependant l'accès suivant revint, mais moins intense. Une seconde dose de 6 grains rendit le troisième accès très-discret. En revanche, le quatrième accès fut assez intense. Une troisième dose de 12 grains triompha de la fièvre. Dans le troisième cas, la première dose fut d'un scrupule, et cependant l'accès suivant revint, quoique plus discret ; le troisième accès fut encore plus léger et mal réglé ; mais le quatrième fut plus intense. Seconde dose de 6 grains. L'accès manqua pendant plusieurs jours. Rechute vingt jours après, sous le type double-tierce. Guérison par la décoction de quinquina à haute dose.

Les fièvres doubles-tierces, au nombre de 7, ont été également traitées par des doses différentes de sulfate de quinine, suivant l'intensité des accès. Deux de ces fièvres ont été combattues par une première dose de six grains. L'une d'elles n'a éprouvé aucun changement. Seconde dose semblable, qui a rendu l'accès suivant plus discret, sans que la fièvre ait cessé. Troisième dose semblable, guérison. Dans l'autre cas, il a fallu aussi donner deux nouvelles doses de six grains. Deux autres doubles-tierces ont été combattues par une première dose de 10 grains; dans les deux cas il a fallu une seconde dose de 8 et une troisième dose de 6 grains. Dans deux autres doubles-tierces, la dose de sulfate a été portée à 18 grains en commençant ; dans ces deux cas il a fallu donner deux nouvelles doses de sulfate, de 6 grains chaque dans un de ces cas, de 4 et de 6 grains dans l'autre. Enfin, dans un cas plus grave que les précédents, la première dose a été de un scrupule; l'accès suivant a été très-discret ; mais le troisième ayant été plus fort, il a fallu, pour en finir, une troisième dose de 6 grains.

Enfin, il me reste à parler d'un seul cas de fièvre quarte, qui, traitée par l'administration de 14 grains de sulfate de quinine, donnés moitié avant l'accès et moitié à la fin, à trois accès différents, n'a été que modifiée, tandis qu'elle a cédé admirablement à 6 grains de sulfo-tartrate, donnés moitié avant l'accès et moitié à son déclin.

A ces expériences je pourrais en ajouter un bon nombre d'autres, résultant de ma pratique, avant l'époque où j'employai le sulfo-tar-

trate de quinine ; mais je crois que, malgré leur petit nombre, les faits précédents sont suffisants pour qu'on puisse poser en principe que les fièvres intermittentes simples ne peuvent pas être guéries par des doses faibles de sulfate de quinine. Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir tirer des expériences précédentes les déductions suivantes, relativement à l'action, à la dose, au mode et à l'époque d'administration du sulfo-tartrate de quinine :

1° Le sulfate de quinine, associé à partie égale d'acide tartrique, est plus actif à même dose que le sulfate de quinine seul ; plus avantageux dans la pratique, à cause de la dose moindre par laquelle on peut triompher d'un accès quelconque de fièvre intermittente ; préférable, sous le rapport économique, au sulfate de quinine, qui est cependant la moins chère de toutes les préparations de quinine.

2° La dose minimum à laquelle le sulfate de quinine, associé à l'acide tartrique, peut être administré, ou la dose économique de ce fébrifuge, peut être évaluée, en général, à la moitié de celle du sulfate de quinine, qui est néanmoins la plus active de toutes les préparations du quinquina ; mais, en particulier, il est impossible de préciser cette dose d'une manière absolue dans les diverses espèces de fièvres intermittentes, parce qu'elle varie suivant diverses circonstances ; ainsi, sans parler de l'âge du malade, cette dose varie suivant la saison, la gravité, le caractère et la périodicité de la maladie. Tout en laissant la plus grande latitude à la sagacité et au coup d'œil du praticien, je dirai que :

Dans les mois de juillet, d'août et de septembre, à conditions égales, il est nécessaire de donner une plus forte dose qu'à d'autres époques de l'année ;

Plus l'accès fébrile est intense, plus la dose doit être forte ;

Dans les fièvres à caractère pernicieux, la dose doit toujours être plus élevée que dans les fièvres intermittentes simples ; ainsi :

Dans les premières (les fièvres pernicieuses), la dose doit être moins forte quand elles sont sub-continues que lorsqu'elles coïncident avec un symptôme prédominant ; dans le second cas, la première dose doit être d'au moins 30 grains, et la seconde moindre, mais en rapport avec les changements en mieux survenus dans le nouvel accès ; dans le premier cas, la dose peut varier entre 12 et 24 grains, suivant la tendance à la continuité, et la seconde ne doit pas être moindre de 6 grains.

Dans les fièvres intermittentes légitimes, la dose varie suivant la périodicité : plus petite dans les fièvres tierces simples, un peu plus forte dans les quotidiennes et dans les doubles-tierces, plus forte encore dans

les fièvres quartes. En général, avec une première dose, moindre de 8 grains, on ne coupe pas la périodicité. (Une première dose de 9 grains a réussi seulement dans quelques cas de fièvres tierces légitimes, et 12 grains ont coupé 17 fois sur 30 la fièvre tierce, 1 fois sur 7 la fièvre quotidienne, 15 sur 46 la fièvre double-tierce, et 2 sur 18 la fièvre quarte; de sorte que la première dose ne doit pas être, pour les fièvres tierces et quotidiennes, moindre de 9 grains ni plus forte que 18, ou, au plus, que 24 grains ; et la seconde dose d'autant moindre que la première a été plus forte, et quelquefois égale à celle-ci, si du moins elle n'a pas dépassé 6 grains.)

Dans les fièvres quartes, le mode d'administration le plus avantageux du fébrifuge consiste à donner un demi-scrupule de fébrifuge avant l'accès et une dose semblable au commencement de la sueur, 6 grains de la même manière le jour du nouveau paroxysme, et 6 autres grains le jour où l'on attend le troisième accès, qui manque habituellement.

3° Relativement au mode et à l'époque d'administration du sulfo-tartrate de quinine, on peut dire qu'il est plus actif s'il est dissous dans une petite quantité de liquide, et si on le fait prendre dans la période de sueur.

En terminant, je crois pouvoir résumer les avantages du sulfo-tartrate de quinine dans les propositions suivantes : Economie considérable, certitude plus grande de guérison, nombre moindre de récidives et facilité plus grande à triompher de celles-ci. Puissent ces avantages ouvrir les yeux aux gouvernements et aux établissements de charité publique !

RAIMOND BARTELLA.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES RÈGLES POUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME.

Par M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin) (1).

Il nous reste maintenant à étudier la valeur des moyens proposés pour enrayer la marche des accidents graves, lorsqu'ils se manifestent.

Avant de nous livrer à l'examen particulier de chacun d'eux, nous devons faire une observation générale qui en domine l'application. Dans les accidents dus au chloroforme, le danger est presque toujours imminent; les moments sont précieux, et il importe que le praticien soit bien édifié sur la portée relative de chacun des agents que lui

(1) Voir la livraison précédente, p. 484.

offre la thérapeutique, afin de pouvoir choisir promptement le remède dont l'efficacité sera le mieux en rapport avec la nature et la gravité de la position.

Nous diviserons ces moyens en quatre catégories :

La première contient ceux qui agisssent en excitant la peau ou le tégument interne.

La seconde comprend ceux qui s'adressent au système circulatoire.

Dans la troisième, nous rangerons les procédés qui ont pour but de rétablir la respiration ;

Dans la quatrième, enfin, ceux qui tendent à réveiller l'action des systèmes nerveux et musculaire.

1° Les excitants de la peau sont : les frictions irritantes de diverses espèces, l'ustion, la flagellation, etc. Nous ne faisons que les indiquer ici, n'ayant rien à en dire qui ne soit parfaitement connu. Et d'ailleurs, dans les faits connus jusqu'à ce jour, l'observation a démontré malheureusement qu'on ne pouvait compter sur eux.

L'efficacité des excitants portés sur les surfaces muqueuses varie d'après le lieu de leur application. La titillation des narines, les lavements irritants ont été employés ; mais je ne sache pas qu'ils l'aient été avec succès. M. Jules Guérin espérait avoir trouvé un procédé plus direct pour stimuler les nerfs respiratoires, en touchant le pharynx avec un pinceau imbibé d'ammoniaque. Les résultats de l'expérience sur les animaux l'autorisaient à conseiller ce moyen chez l'homme. J'ai répété ces expériences ; mais les effets dont j'ai été témoin sont loin de m'inspirer la même confiance. A part un seul cas, où l'animal a paru éprouver une impression légère, suivie d'un mouvement d'inspiration, je n'ai jamais observé d'effet appréciable.

M. le docteur Escalier a publié (Union médicale, 1er décembre 1849) deux cas où il eut recours au chloroforme pour réduire des hernies étranglées. Après quelques minutes d'inhalation, au moment où l'intestin venait d'être réduit, le visage pâlit, la respiration et le pouls parurent s'arrêter. M. Escalier eut alors l'idée de plonger le doigt dans la gorge jusqu'à l'entrée de l'œsophage et du larynx, et il l'y laissa quelques instants. Chaque fois cette manœuvre provoqua un mouvement d'inspiration, qui fut le signal du retour à la vie. Il est à noter que, dans le premier cas, les aspersions d'eau froide, la titillation des narines, l'ammoniaque, étaient restés inutiles. M. Chassaignac a fait connaître à la Société l'observation d'un jeune homme auquel il pratiquait l'ablation d'un des os du pied. Dans le cours de l'opération, un des assistants s'étant écrié que le pouls avait cessé de battre, notre collègue, se rappelant les faits qui précèdent, eut la pensée de stimu-

ler aussi le fond de la gorge ; mais il trouva les dents serrées, et dut les écarter de force à l'aide d'une spatule. Le malade étant revenu à lui, il put continuer son opération.

Sans doute trois exemples de succès ne sont pas suffisants pour établir l'efficacité de cette pratique ; cependant on ne saurait disconvenir qu'elle n'ait été utile, et nous la conseillons d'autant plus volontiers que bientôt, en parlant de la respiration artificielle, nous aurons occasion de la recommander à un autre point de vue.

2° Les moyens qui agissent plus spécialement sur l'appareil circulatoire sont : la position horizontale et la compression de l'aorte abdominale.

Une pratique trop connue dans le traitement de la syncope pour qu'il soit nécessaire d'y insister consiste à placer le malade dans le décubitus horizontal. M. Piorry a ajouté encore à l'importance de la position en conseillant de donner à la tête un certain degré de déclivité en élevant le reste du corps. Nous approuvons ce procédé, dont M. Bouisson a fait l'application à la syncope chloroformique, d'autant mieux qu'il se prête à l'application des autres ressources dont l'art peut disposer. MM. Nélaton et Denonvilliers y ont eu recours avec avantage.

M. Mercier, dans une lettre adressée à la Société de chirurgie, a rappelé le conseil qu'il avait donné, il y a quelques années (Lettre à l'Académie de médecine, 18 juillet 1848), de comprimer les artères axillaires et crurales, ou mieux encore, quand on le peut, l'aorte abdominale. On retient de la sorte, suivant lui, dans la portion supérieure du tronc le sang qui, sans cela, se serait rendu à sa partie inférieure et dans les membres. Nous avons peu de chose à dire de ce mode opératoire, attendu qu'il n'a pas encore été employé chez l'homme, et que M. Mercier ne l'a même pas expérimenté sur les animaux, ce qui cependant lui eût été facile. Nous ferons ensuite observer que, lorsqu'il y a syncope, il est difficile de concevoir comment les mouvements oscillatoires du cœur pourraient suffire à porter le sang vers le cerveau, bien que le cercle circulatoire ait été rétréci.

3° Les moyens qui ont pour but de rétablir la respiration ont une importance plus réelle et méritent de fixer plus longuement notre attention.

Ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Denonvilliers, quelle que soit la cause immédiate des accidents, sidération du système nerveux, asphyxie ou syncope, un fait évident c'est que la présence des vapeurs chloroformiques dans l'arbre aérien a occasionné ces désordres et contribue à les entretenir. La première chose à faire devra donc

être d'en provoquer l'expulsion rapide. D'un autre côté, les trois grandes fonctions dont l'ensemble constitue le trépied vital étant entravées, il importe de les rétablir promptement, soit en agissant sur toutes à la fois, si la chose est possible, soit en agissant sur celle qui offre le plus de prise à nos moyens, car en rétablissant l'une nous rétablissons indirectement les autres. Or, de ces trois fonctions, celle qu'il nous est le plus facile d'exciter, c'est la respiration : c'est donc à elle que nous devons nous adresser d'abord, avec d'autant plus de raison, que la première conséquence de son rétablissement sera l'expulsion de la vapeur délétère du chloroforme.

Mais de quelle manière ranimer la respiration ? M. Plouviez, l'un des premiers qui aient senti l'importance de cette indication, a proposé l'insufflation pulmonaire, soit avec des instruments, soit bouche à bouche. Enfin, on a pensé que la trachéotomie pourrait être utile pour faciliter l'insufflation ; et plusieurs fois, soit en Angleterre, soit en Amérique, elle a été pratiquée dans ce but.

De quelque manière que l'insufflation soit faite, elle nous paraît peu puissante à atteindre le but qu'on se propose. En effet, les poumons remplissent très-exactement la cavité thoracique et en suivent tous les mouvements ; c'est le jeu de cette cage qui admet ou chasse l'air. Par conséquent, pour que cet organe en reçoive une quantité quelconque au delà de celle qu'il contient dans un moment donné, il faut qu'en même temps la poitrine se dilate. Or, je le demande, est-il possible d'admettre que de l'air, poussé avec un tube laryngien ou bouche à bouche, le soit avec assez de précision et de force pour soulever les parois costales ? Nous admettons volontiers que le diaphragme puisse éprouver un certain degré d'abaissement, mais cet abaissement sera-t-il assez considérable, et fera-t-il pénétrer dans les poumons une quantité d'air suffisante pour ranimer la respiration ?

J'ai voulu savoir par l'expérimentation sur le cadavre jusqu'à quel point l'insufflation pouvait faire entrer l'air dans la poitrine. En introduisant un tube de Chaussier dans l'ouverture supérieure du larynx, ce qui, soit dit en passant, est extrêmement difficile sur l'adulte, même en prenant soin d'attirer la langue avec un crochet ; en insufflant, dis-je, par l'ouverture supérieure du larynx, je n'ai obtenu aucun résultat. J'ai alors incisé la trachée et placé le tube dans les lèvres de la plaie, en faisant comprimer fortement les voies aériennes au-dessus de ce point. J'ai alors obtenu un abaissement manifeste du diaphragme, traduit par un soulèvement de la paroi abdominale. Les côtes sont restées immobiles.

Je crois donc, en résumé, que l'insufflation n'est pas aussi com-

plétement impuissante que le pense M. Denonvilliers. Mais, en présence des difficultés de son application et de la petite quantité d'air qu'elle permet d'introduire dans les voies aériennes, on ne doit compter que fort peu sur son efficacité, surtout lorsqu'elle est pratiquée bouche à bouche.

En présence de ces faits, dont l'évidence paraît incontestable, quel degré de confiance peut-on avoir dans les observations où l'on nous montre l'insufflation pulmonaire comme ayant obtenu d'éclatants succès et réussi en quelque sorte à opérer de véritables résurrections? Notre excellent collègue M. Ricord nous a fait connaître quatre observations de cette nature, et à Dieu ne plaise que je veuille ici le moins du monde mettre en doute sa bonne foi! mais, franchement, lorsque l'on considère la rareté des accidents graves dus au chloroforme, peut-on s'empêcher de remarquer d'abord que notre collègue eût été bien malheureux d'en observer à lui seul quatre exemples? et n'est-il pas plus naturel d'admettre que ce chirurgien, effrayé des symptômes qu'il avait sous les yeux, s'en sera exagéré l'importance?

Au demeurant, nous ne pensons pas que l'insufflation bouche à bouche soit entièrement dépourvue d'utilité. Elle peut, par exemple, débarrasser l'arrière-gorge des mucosités qui l'obstruent et stimuler l'entrée des voies aériennes.

Dans un travail publié en 1850 (Union médicale, 7 mai 1850), M. Duroy, pharmacien à Paris, renouvelant le conseil donné en 1848 par M. Blanchet, propose de pratiquer l'insufflation pulmonaire avec de l'oxygène. Il considère l'action vivifiante de ce gaz comme ayant plus d'énergie que l'air atmosphérique pour rétablir l'*hématose et la circulation du sang, en un mot la vie.*

Pour le démontrer, il a institué deux séries d'expériences ingénieuses : dans la première, il a soumis comparativement des animaux à l'action des vapeurs de chloroforme mélangées à l'air et à l'oxygène, et il a constaté que les animaux succombaient plus vite avec l'air atmosphérique qu'avec l'oxygène pur. Dans la seconde série, il s'est proposé de comparer les effets des insufflations d'air et d'oxygène sur les animaux que le chloroforme avait plongés dans un état voisin de la mort. L'oxygène les rappelait généralement à la vie avec promptitude, tandis que l'insufflation avec l'air était impuissante à conjurer la terminaison funeste.

Nous n'avons rien à objecter à ces expériences; mais, si l'on veut en conclure avec M. Duroy qu'il faille employer l'oxygène comme antidote du chloroforme, il restera à aplanir les difficultés de son applica-

tion dans la pratique. Il faudrait constamment avoir avec soi des vessies d'une capacité énorme, puisque d'après M. Duroy il ne faut pas moins de trois litres d'oxygène pour ranimer des lapins, et de dix litres pour un chien du poids de vingt-cinq livres.

Un dernier procédé de respiration artificielle consiste à exercer à la fois sur le thorax et sur l'abdomen des pressions cadencées. Il est facile de concevoir le mécanisme de ces manœuvres, qui, portant principalement leur effet sur les parois costales, doivent d'abord diminuer plus ou moins l'ampleur de la cavité thoracique et chasser au dehors une portion de l'air contenu dans les poumons. Lorsque la pression est interrompue, les côtes, obéissant à l'élasticité de leurs ligaments et de leurs cartilages, reprennent leur position première et, rendant au thorax ses dimensions, tendent à produire un vide que l'air comble aussitôt en se précipitant dans les poumons. Il est probable que le diaphragme prend aussi une certaine part à cette ampliation de la poitrine ; car s'il a été refoulé en haut au moment de la pression exercée sur l'abdomen, les côtes inférieures qui lui donnent insertion doivent, en reprenant leur position naturelle, exercer une traction légère sur ses fibres et en diminuer la courbure.

Il nous semble évident que ce mode opératoire doit avoir plus d'efficacité que celui qui consiste à pratiquer l'insufflation. Celle-ci n'agit, en effet, que sur le diaphragme ; et encore faut-il que l'air soit poussé par une ouverture faite à la trachée, les voies aériennes étant fermées à leur partie supérieure. Il n'en est pas de même de la pression méthodique sur les côtes et sur l'abdomen, qui agit à la fois sur le thorax et sur le diaphragme. Enfin, ce qui complète la supériorité de cette méthode, c'est la facilité et la rapidité de son exécution. Jusqu'à présent elle n'a presque pas encore été employée ; mais l'observation intéressante que nous a rapportée M. Denonvilliers prouve qu'elle peut être employée avec un grand avantage.

M. Bickersteth a recommandé, dans la pratique de la respiration artificielle, une précaution qui nous paraît très-utile; il veut que tout d'abord on attire la langue en dehors de la bouche, et que, passant un crochet à son extrémité, on confie celui-ci à un aide. Il s'appuie sur ce que, le malade étant couché sur le dos, aussitôt que la respiration s'arrête et que la mâchoire s'abaisse, la base de la langue a une tendance particulière à tomber en arrière et à boucher l'orifice de la glotte. La respiration artificielle, dans de semblables conditions, est illusoire. Il pense que, si dans quelques cas cette opération a échoué, c'est qu'on a ou négligé ou employé trop tard cette simple précaution. Le médecin anglais a basé ses convictions sur un grand nombre d'expériences

faites chez les animaux, et sur des observations prises chez l'homme.

4° Il me reste à étudier l'agent qui stimule le système nerveux et musculaire : je veux parler de l'électricité.

M. le docteur Abeille paraît être le premier qui ait eu la pensée de l'opposer aux accidents produits par le chloroforme. En 1848, il pratiquait pour la troisième fois l'électro-puncture sur une masse de ganglions cervicaux qui gênaient la déglutition et la respiration. Le sujet était un jeune homme de seize ans. Il essaya préalablement de l'endormir par le chloroforme, mais les inhalations amenèrent un état très-alarmant, bien que maniées comme dans les précédentes séances. La respiration stertoreuse, le refroidissement et une teinte violacée de la face, l'extrême petitesse du pouls, etc., tout faisait craindre immédiatement une issue funeste.

Le traitement ordinairement employé en cas pareil restait insuffisant, lorsque le souvenir du réveil subit par l'électro-puncture dans les précédentes séances engagea l'opérateur à faire immédiatement l'application de cet agent. Deux aiguilles implantées à la région cervicale servirent de conducteurs à l'électricité, mise aussitôt en jeu. En moins de deux minutes le malade était revenu à son état normal par le retour successif de la respiration et de la circulation.

Partant de ce fait, M. Abeille entreprit des expériences sur les animaux, pour s'assurer si l'électricité était réellement un remède sûr contre les accidents chloroformiques.

Dans une première série d'expériences, les chiens étaient foudroyés par le chloroforme. Il y avait absence de respiration et de pouls, cessation absolue de toute impulsion du cœur. Dans ces cas, l'électro-puncture, pratiquée sur l'axe cérébro-spinal, déterminait des secousses musculaires, des mouvements factices de respiration, et rien de plus. Quelque prolongée que fût l'action de la pile, la mort était réelle.

Dans une seconde série, la chloroformisation était poussée progressivement *jusqu'à la presque insensibilité du pouls*, le cœur donnant encore de faibles impulsions, mais la mort paraissant imminente à cause de la cessation des mouvements respiratoires. Sous l'influence de l'électro-puncture la respiration s'exécutait, d'abord factice, puis réelle. Le pouls reparaissait, irrégulier et confus d'abord, puis énergique et régulier. Le cœur soulevait les parois costales. Terme moyen, entre une minute et deux minutes et demie l'animal récupérait ses fonctions physiologiques.

De ces faits M. Abeille a conclu que l'électricité est pour ainsi dire l'antidote de l'anesthésie chloroformique, et que lorsqu'il survient des accidents à la suite de l'inhalation, le moyen le plus prompt, le plus

sûr, le seul qui mérite d'être immédiatement employé, est l'électro-puncture (Académie des sciences, 20 octobre 1851).

Dans ces derniers temps, M. Jobert (de Lamballe) a aussi expérimenté la valeur de l'électricité, et les résultats qu'il a obtenus sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler (Académie des sciences, 20 août 1853).

Avant d'entretenir la Société de chirurgie de faits aussi importants, j'ai voulu les soumettre moi-même au contrôle de l'expérience. Ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Abeille et Jobert, j'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsqu'au contraire on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, *les mouvements du cœur toutefois persistant, quoiqu'à un faible degré*, il m'a presque toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Les aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode, et dont les effets sont puissants. A la première décharge une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et en peu de temps l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment.

Ces expériences, que j'ai plusieurs fois répétées en présence de MM. les docteurs Abeille, Debout, et des élèves de l'hôpital Beaujon, nous révèlent toute la puissance de l'électricité, et nous tracent aussi les limites de sa sphère d'action. Elle peut bien, en agissant sur la contractilité musculaire, rétablir les mouvements respiratoires; mais elle n'agit pas directement sur le cœur, et elle n'a pas le pouvoir de réveiller son action. Et qu'on ne m'objecte pas qu'en agissant sur la respiration on agit par cela même sur le cœur. Les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme démontrent que, toutes les

fois que le pouls a bien réellement cessé de battre, l'électricité demeure sans résultat. Il est donc permis de douter qu'on puisse compter sur cet agent dans les accidents produits chez l'homme par le chloroforme, accidents d'une nature spéciale, bien différents de ceux qu'il amène par son action progressive chez les animaux, et qui portent directement sur le centre circulatoire. Du reste, l'expérience a parlé. Les observations déjà citées de M. Paget et de M. Quain, et celle de M. Dunsmure, que je rapporterai plus bas, sont de nature à ébranler la confiance que l'on pourrait accorder à l'électricité. Quant à l'observation de M. Abeille, elle ne me paraît nullement concluante. L'auteur dit lui-même que la respiration persistait encore et que le pouls était faible : donc le cœur battait toujours. Ce cas me semble donc rentrer dans la catégorie des faits ordinaires où les accidents, quoique graves, cèdent, en général, à des moyens moins actifs et bien dirigés.

Indépendamment de ces objections que l'on peut adresser à l'électricité, il en est une que soulève la difficulté même de son application. Il faudrait avoir un appareil électrique fonctionnant auprès de soi chaque fois que l'on emploie le chloroforme. Cette mesure, qu'il serait possible d'adopter, non sans difficulté, dans les hôpitaux, ne pourrait certainement passer dans la pratique civile.

Je pense donc que l'électricité n'est point appelée à rendre les services qu'il serait permis d'espérer d'un moyen aussi énergique.

Voici l'observation de M. Dunsmure :

Un malade, convalescent d'une pneumonie, entra dans le service de chirurgie de l'Infirmerie royale d'Edimbourg, pour y être traité d'un rétrécissement ancien de l'urètre. La rigidité et l'étroitesse de l'obstacle rendant très-douloureux l'emploi des bougies, et celui-ci provoquant de la douleur et des frissons, le chirurgien de cet hôpital, le docteur James Dunsmure, résolut de pratiquer l'urétrotomie par la méthode de M. Syme. On expliqua au patient la nature de l'opération qu'on se proposait de faire. Il y consentit parfaitement, et fut conduit à l'amphithéâtre d'opérations, le 28 septembre 1853. M. Dunsmure était assisté par un collègue, M. Spence, et par ses élèves et ses aides. Selon l'usage de l'Infirmerie, le chloroforme fut administré par le docteur Struthers, chirurgien interne. L'auteur fait remarquer que ce médecin, avant de remplir ses fonctions dans le service chirurgical, avait été employé pendant dix-huit mois en qualité d'élève externe et interne dans les salles d'accouchement, sous la direction du docteur Simpson, et qu'il avait eu constamment l'habitude d'administrer le chloroforme. Aussitôt que le patient eut été inhalé, il eut beaucoup de suffocation; la face et la tête devinrent très-congestionnées. Il parut avoir de légères convulsions ressemblant à une attaque d'épilepsie, comme on en a observé quelquefois chez les gens du peuple livrés à l'intempérance. Pendant les convulsions, le mouchoir sur lequel avait été versée la liqueur fut éloigné et tenu à quelque distance de la face.

Au bout d'un peu de temps, le chloroforme produisit son effet; le ronflement devint violent, et on éloigna complétement le mouchoir de la bouche. Aussitôt que le malade fut tranquille, on le plaça dans la position usitée pour la taille. Précisément à l'instant où l'on fit au périnée la première incision, un des assistants dit que le pouls s'affaiblissait. M. Spence lit alors remarquer qu'il était encore bon à la tibiale postérieure. Mais au bout d'une ou deux secondes, ces deux messieurs s'écrièrent que le pouls avait disparu. Le chirurgien se précipita à la tête du malade et vit que la respiration avait cessé. Ceux qui étaient en état d'observer la respiration, ce que M. Dunsmure ne pouvait faire, à cause de la position qu'il occupait pour opérer, affirmèrent positivement que la respiration n'avait pas cessé avant le pouls. La face était congestionnée, les mâchoires serrées et les pupilles très-dilatées. On ouvrit la bouche par force, et on tira la langue hors de la bouche à l'aide de pinces. On eut recours à la respiration artificielle. Il s'ensuivit bientôt une inspiration. Celle-ci fut bientôt accompagnée d'une seconde, puis d'une troisième et d'une quatrième, à des intervalles plus longs. Après la cinquième, tout effort de respiration naturelle cessa. Aucune pulsation ne pouvait être sentie à l'artère radiale. On avait tout d'abord envoyé chercher un appareil galvanique. Il arriva enfin, aussitôt après que le malade venait de faire sa cinquième inspiration. On fit la trachéotomie pour pratiquer plus sûrement la respiration artificielle. La veine jugulaire externe fut aussi ouverte, et il s'en écoula environ deux onces de sang. Quand on eut introduit la canule à trachéotomie dans la trachée, l'appareil électrique se trouva en état d'agir. Il fut appliqué sur chaque côté du diaphragme. Il fonctionnait remarquablement bien. A chaque application des éponges, le muscle descendait comme si le malade eût été en état de vie. L'air passait à travers le tube de la trachée. Un moment les assistants pensèrent que le patient était sauvé; mais peu à peu les muscles perdirent leur contractilité, et, quoique le galvanisme fût resté appliqué pendant une heure, il devint évident que tous les efforts étaient vains et que la vie était éteinte. L'autopsie ne présente aucune circonstance remarquable (*Monthly journal of medical science*, novembre 1853, page 425).

Je me borne à citer ici l'observation de M. Dunsmure, parce qu'elle offre à la fois le saisissant tableau des accidents dus au chloroforme et nous montre l'inutilité des soins actifs et persévérants dirigés par des hommes habiles. Il me serait facile d'y joindre beaucoup de faits semblables, si je ne craignais d'augmenter indéfiniment l'étendue de ce travail. Malheureusement l'impuissance de l'art n'y est que trop souvent démontrée; et peut-être suis-je encore autorisé aujourd'hui à persévérer dans la conclusion de mon rapport, à savoir : que l'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par le chloroforme et d'en prévenir les funestes résultats. Cependant quelques faits rapportés dans la discussion, et surtout celui que M. Denonvilliers nous a fait connaître, me donnent la consolante pensée que cette conclusion a été trop exclusive. Heureux si j'étais obligé d'avouer un jour que je me suis complétement trompé.

J'ai l'honneur de soumettre à la sanction de la Société de chirurgie les conclusions qui suivent :

CONCLUSIONS.

1° Le chloroforme peut causer la mort lorsqu'il est mêlé à l'air en de trop fortes proportions.

2° Néanmoins, à raison de susceptibilités individuelles, il peut amener de graves accidents et la mort, alors même qu'il a été administré à de faibles doses.

3° L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est pas à craindre, à moins qu'on n'ait recours à des procédés d'inhalation défectueux et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration.

4° Le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave lorsqu'elle survient.

5° Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine, qu'elle constitue une véritable sidération.

6° La syncope peut arriver au début même de l'opération, et semble résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire lui-même. Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après l'opération.

7° Les anesthésiques sont tous plus ou moins toxiques. Le chloroforme est le plus dangereux, mais il est aussi le plus puissant. L'éther est moins redoutable, mais il est moins énergique. Le mélange à volume égal d'éther et de chloroforme me semble le meilleur des anesthésiques. (Depuis que j'ai lu la première partie de ce travail, j'ai eu l'occasion d'en faire assez fréquemment usage : il produit promptement l'insensibilité et semble provoquer moins de réaction que le chloroforme ou que l'éther.)

8° Avant de recourir à l'emploi du chloroforme, il faut en rechercher les contre-indications, soit pour rejeter l'anesthésie, soit pour en restreindre l'application.

9° Lorsqu'on administre le chloroforme, il importe de surveiller attentivement l'état du pouls et celui de la respiration.

10° Le danger du chloroforme étant, en général, proportionnel à la concentration de ses vapeurs, il serait utile de pouvoir doser celles-ci ; mais l'inhalation devant être faite à l'air libre, ce dosage est impossible. Il convient donc de débuter par des proportions très-faibles, qu'on augmente graduellement d'après les effets produits.

11° L'action du chloroforme étant progressive et successive, on parvient à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait

de la continuité des inhalations à doses modérées, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

12° L'état dit de tolérance anesthésique étant obtenu, on peut le prolonger plus ou moins longtemps, à la condition de rendre l'inhalation intermittente.

13° Quand, pour un motif quelconque, le malade a dû absorber de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

14° Dans les cas de syncope grave ou de sidération, il convient de recourir aux moyens suivants :

1. Exposer le malade à un air frais et pur.

2. Donner au corps une position telle que la tête soit déclive.

3. Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant.

4. Pratiquer la respiration artificielle par des pressions cadencées sur le thorax et l'abdomen.

5. Les excitants de la peau, tels que des frictions, les rubéfiants, etc., pourront être subsidiairement employés. ROBERT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES POUR L'EMPLOI DU FRÊNE COMMUN COMME PURGATIF.

Nous avons déjà mis sous les yeux des lecteurs du *Bulletin* les diverses formules proposées pour l'emploi de ce végétal; nous allons encore soumettre à leur appréciation les nouvelles préparations de frêne qui viennent d'être publiées.

Présenté d'abord comme un agent énergique propre à combattre les affections goutteuses et rhumatismales, le frêne est maintenant recommandé comme un excellent purgatif. M. Mouchon, qui rappelle cette propriété du frêne, a recherché quelles étaient les préparations pharmaceutiques qui convenaient le mieux pour l'administration de cet agent thérapeutique, et il propose les formules suivantes :

1° Deux sirops sous les numéros 1 et 2. (32 grammes de ces sirops représentent 4 et 8 grammes de frêne.) La formule du sirop n° 1 a été insérée dans le XLIVe volume du *Bulletin*, page 207. Nous ne la reproduisons pas ; mais nous dirons que M. Mouchon a reconnu qu'il était nécessaire d'ajouter de la gomme à ces sirops, parce qu'ils laissent déposer, après un certain temps, un précipité assez abondant. La quantité de gomme qu'il conseille d'employer est de 30 grammes (1 once), pour la formule publiée dans le *Bulletin*. Nous ne copierons pas la formule du sirop n° 2, parce que tous les

pharmaciens pourront transformer facilement le sirop n° 1 en sirop n° 2.

Une ou deux cuillerées du sirop n° 2 purgent bien les enfants. Il faut au moins quatre cuillerées de ce sirop pour purger un adulte.

2° Des extraits hydroliques et alcooliques de feuilles, de semences, d'écorce de frêne. Il pense que les extraits préparés avec l'écorce de frêne peuvent être administrés comme antipériodiques.

3° Tablettes fraxinées.

Pr.	Extrait sec de feuilles de frêne..........	60 grammes.
	Sucre pulv..........................	440 grammes.
	Gomme adragante....................	4 grammes.
	Sucre de vanille à parties égales.........	4 grammes.
	Eau de rose..........................	30 grammes.

Faites une poudre homogène avec l'extrait, la vanille sucrée et le sucre; convertissez cette poudre en une pâte compacte, à l'aide du mucilage; puis divisez la masse en tablettes de 80 centigrammes.

Ces tablettes ne contiennent pas tout à fait 10 centigr. d'extrait.

4° Limonade fraxinée.

Pr.	Poudre de feuilles de frêne....... 45, 60 ou	90 grammes.
	Eau bouillante........................	500 grammes.
	Sucre en morceaux.....................	60 grammes.
	Suc de citron..........................	30 grammes.
	Acide tartrique........................	4 grammes.
	Bicarbonate de soude...................	4 grammes.

Epuisez la feuille de frêne par l'eau bouillante, faites dissoudre le sucre dans l'hydrolé, laissez refroidir, ajoutez le suc de citron et l'acide tartrique, passez le liquide, mettez-le en bouteille, introduisez rapidement le bicarbonate et bouchez avec soin.

D'après l'auteur, ce purgatif est aussi agréable que le purgatif au citrate de magnésie. Son action est toujours certaine et le malade n'a jamais de coliques.

Il est inutile de faire remarquer que les doses indiquées dans la formule sont affectées aux grandes personnes; aux personnes robustes les doses les plus fortes; aux personnes faciles à émouvoir ou d'un tempérament délicat, les doses les plus faibles.

PATE DE DOUCE-AMÈRE.

M. Pichon, pharmacien à Aix-les-Bains, vient d'annoncer que la pâte de douce-amère produisait des effets merveilleux dans l'angine

tonsillaire, la pharyngite, la stomatite, les ulcérations syphilitiques de la gorge et du palais, l'aphonie, etc.

Voici la formule qu'il propose :

« Pr. Douce-amère (tiges récentes fendues et coupées). . . . . . . 250 grammes.
Eau. . . . . 2,000 grammes.
Gomme arabique. . . . . . 1,500 grammes.
Sirop de douce-amère (Codex). . 2,000 grammes.

« Versez sur la douce-amère, eau bouillante, environ 400 grammes ; après douze heures d'infusion, passez, laissez déposer, décantez la liqueur et conservez-la à part ; faites de nouveau infuser le résidu dans 1,600 grammes d'eau.

« Concassez la gomme arabique ; faites-la dissoudre, au bain-marie, dans la liqueur provenant de cette deuxième infusion ; passez ; remettez la solution gommeuse sur le feu avec le sirop de douce amère.

« Faites évaporer en consistance de sirop très-épais, en ajoutant vers la fin le premier infusé qui a été mis à part.

« Laissez refroidir ; enlevez la croûte formée à la surface et coulez dans des moules en fer-blanc ; passez au mercure, que vous porterez à l'étuve, pour achever la concentration de la pâte. »

Nous croyons devoir conseiller aux pharmaciens qui voudraient préparer cette pâte, de supprimer le sirop de douce-amère, de le remplacer par 750 grammes de sucre, et de faire l'infusion avec la douce-amère prescrite et la douce-amère qui est contenue dans les 2,000 grammes de sirop de douce-amère. Nous leur dirons encore que nous comprenons bien qu'un pharmacien s'amuse, s'il a le temps, à fendre la douce-amère pour la livrer au public, parce que cette tige est plus jolie lorsqu'elle est fendue ; mais que nous ne comprenons pas qu'il recommande de la fendre pour faire une préparation officinale, puisque l'eau enlève très-bien à la douce-amère, coupée transversalement en petits tronçons, tous les principes médicamenteux qu'elle contient.

Nous avons déjà lu beaucoup de formules de pâte, et, chose extraordinaire, nous n'avons jamais vu les auteurs de ces formules recommander d'abandonner au repos le soluté gommeux après l'avoir passé, et de le décanter avec soin, pour le séparer du sable qui s'est déposé. Cette recommandation est cependant nécessaire ; car, sans cette précaution, le malade a l'inconvénient de mâcher du sable en mangeant la pâte.

Deschamps.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE STRABISME GUÉRI PAR L'EXERCICE.

Depuis que les cas trop nombreux d'insuccès ont généralement fait abandonner les moyens médicaux ou chirurgicaux tour à tour préconisés pour le traitement de cette affection, la question du strabisme est, comme il arrive alors souvent en médecine, tombée dans l'oubli le plus complet. L'observation suivante est trop remarquable par le succès qui a couronné l'emploi d'un traitement fort simple, pour ne pas la citer et encourager l'essai des mêmes moyens, qui ont au moins pour eux l'avantage d'être inoffensifs.

M. A..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament nerveux, employé dans une maison de commerce de la ville, avait remarqué depuis trois ou quatre ans, ou plutôt on lui avait fait remarquer, qu'il louchait de son œil gauche. Quand nous fûmes consulté par M. A..., pour une autre affection, il nous demanda s'il n'y aurait pas moyen de remédier à sa pénible et souvent douloureuse infirmité. Car, à la longue, le strabisme de cet œil, entièrement dévié en bas et en dehors, avait entraîné une contraction continuelle et irrégulière de la plupart des muscles de ce côté de la face, et il en était résulté un tic douloureux, parfois tellement intense, que ce côté de la figure était toujours grimaçant lorsque la physionomie devenait expressive. Quoique notre réponse immédiate fût négative, comme parole d'espoir, nous lui citâmes l'exemple d'un enfant dont un œil affecté de strabisme avait été redressé par des exercices plusieurs fois répétés. Oligé d'exiger de cet enfant la dilatation prolongée des pupilles, nous fûmes étonné, en le voyant fixer, pendant quelques secondes, à distance, d'obtenir de la régularité des orbites dans cette tension forcée. Pour ne pas désespérer notre malade, nous lui proposâmes un pareil exercice, un traitement assez singulier, dont l'observation et le hasard seuls nous avaient donné l'idée. Depuis, nous avons appris que M. le professeur Roux l'avait longtemps mis en usage pour lui-même. D'après ce que nous avons lu, il se contentait de fixer la vue sur une glace. Nous avons, nous, varié les exercices des yeux dans tous les sens, et d'après une méthode particulière. Dans toutes ces séances, il faut, nous n'avons pas besoin de le dire, une complète obéissance et une grande patience de la part de la personne, en même temps qu'une grande fermeté chez le médecin dans ses conseils, ou plutôt dans ses commandements, car il s'agit seulement d'exercices.

Le malade doit être mis en face, et à 1 ou 2 mètres au plus, d'une

fenêtre largement éclairée et dont le jour s'étende le plus loin que possible. Les yeux doivent d'abord être fermés une à deux minutes. Pendant ce temps, on recommande, au mot de : *ouvrez,* d'écarter les paupières brusquement, largement, par une contraction énergique, comme si, par l'extension des muscles, ils devaient chasser le globe de l'œil des orbites ; puis, après quelques secondes et sans attendre la moindre fatigue, de les fermer subitement. Dans ce mouvement, la personne fixera un objet éloigné. Ce premier exercice sera répété vingt fois de suite et plusieurs fois par jour. Dès qu'elle y sera habituée, c'est-à-dire qu'elle pourra tenir les yeux fixes et tendus à distance, le parallélisme étant déjà établi, le médecin commandera le second exercice : *regarder en haut et en bas.*

Avant ce mouvement, comme avant tous, les yeux doivent donc se fermer d'abord, puis, au commandement de : *Ouvrez,* s'ouvrir largement, comme par l'effet d'un ressort, et la vue se fixer au loin, toujours avec la recommandation de la tendre, de la forcer. Après trois ou quatre secondes du temps *fixe,* on fera le commandement de *en haut* et *en bas,* dans cet ordre : Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *haut*; fermez; ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *bas.* C'est-à-dire qu'entre chaque mouvement, les paupières seront fermées, et entre chaque exercice, chaque commandement, il y aura quelques secondes de repos, de manière à ne jamais fatiguer les yeux, ni forcer les larmes.

Après cinq à six jours de ces exercices répétés, on sera étonné, comme nous l'avons été nous-même, de la facilité avec laquelle se rétablit le parallélisme des orbites lors et en dehors des exercices.

Une recommandation extrêmement importante à faire aux malades, et très-difficile à suivre, c'est de ne jamais regarder de côté, de ne jamais tourner la tête et les yeux seuls de droite ou de gauche, mais d'abord le corps, soit qu'on veuille marcher, voir, parler, ou saisir quelque objet, de manière à ce que la tête soit toujours droite et fixe, en face de la personne ou de l'objet. Ce sont, à la vérité, deux ou trois semaines d'observations pénibles et difficiles, mais qui ne seront rien pour les malades désireux de leur guérison, dont ils constateront le commencement dès le deuxième ou troisième jour; rien, en comparaison d'une opération trop souvent infructueuse. Au bout de huit à dix jours de ces trois exercices : regardez, *fixe, en haut* et *en bas,* on arrivera aux deux suivants : Regardez à *droite* et à *gauche,* qui seront exécutés, le même laps de temps, de la même manière, toujours avec la même précision, la même tension des muscles et dans cet ordre : Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, fixe; *droite,* fixe; fermez. Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *fixe*; *gauche*; *fixe*; fer-

mez. Chaque exercice ne doit durer qu'une minute. Cet ordre, que nous avons suivi et que chacun pourra modifier à son gré, probablement sans inconvénient, est celui qui nous a réussi chez M. A..., cas d'autant plus difficile que la cause du strabisme était tout à la fois nerveuse et musculaire, et que tout ce côté de la face était difforme au moindre mouvement des yeux, au jeu de la parole, à la moindre expression de la figure.

Nous devons ajouter qu'en même temps nous faisions prendre, matin et soir, une infusion d'arnica, et mettre en usage un collyre de strychnine.

Un autre moyen, que nous avons employé en même temps, avec beaucoup d'avantage, est un verre noir de lunette, dans le centre duquel est enchâssé un morceau de verre de la grosseur d'un pois, taillé de manière à être le plus brillant que possible. Par ce moyen, la pupille est toujours frappée par l'éclat seul de ce noyau étincelant, qui l'attire directement, et au travers duquel la lumière parvient au centre de l'œil. Nous ne pensons pas que l'usage de ce verre de lunette ait jamais été mis en pratique.

Docteur Paris.
Gray (Haute-Saône).

DE LA VACCINATION COMME TRAITEMENT DES NÆVI MATERNI.

Permettez-moi d'ajouter aux intéressantes remarques sur deux cas de nævi materni, traités avec succès par la vaccination insérées dans le numéro du 30 juin dernier du *Bulletin général de Thérapeutique*, (t. XLIV), quelques observations tirées de ma pratique, que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société médicale du Haut-Rhin.

« Dans le numéro de septembre de la Gazette médicale de Strasbourg (1853, page 325), se trouve une lettre du docteur Mestmann, de Wissembourg, qui recommande la vaccination comme moyen de faire disparaître les nævi materni. Ce moyen, qui déjà avait été proposé il y a quelques années, jouit en effet d'une efficacité bien remarquable, et je puis ajouter mon tribut d'observations à celles de notre honorable confrère du Bas-Rhin. Chargé, depuis dix ans, du service des vaccinations dans le canton de Belfort, j'ai eu occasion d'employer cinq ou six fois ce moyen avec plein succès : une fois, entre autres, sur une petite tache rouge, constituée par du tissu érectile très-superficiel, qui se trouvait au bout du nez d'un enfant, et qui produisait un effet des plus désagréables. Je fis, dans cette petite tumeur, cinq piqûres avec la lancette chargée de vaccin ; à ma surprise, il ne survint pas d'hémorrhagie, et à la place de la tumeur, on voit la cicatrice gaufrée qui succède à la pustule vaccinale. Il est d'autant plus

important d'employer ce moyen si simple et si sûr, que ces tumeurs prennent souvent, même dans les premières années de la vie, un très-grand développement, tant en largeur qu'en profondeur, et ne permettent plus d'employer, comme succédané de la vaccination, l'inoculation avec l'huile de croton, également recommandée dans ces cas. Il faut aussi faire une distinction entre ces tumeurs : ce ne sont que celles qui sont constituées par un développement vasculaire du derme proprement dit, qui peuvent être avantageusement modifiées par ces moyens ; car l'inflammation qui accompagne l'éruption vaccinale a son siége dans le tissu du derme ; elle serait naturellement sans effet sur les tumeurs érectiles sous-cutanées, qui sont aussi très-fréquentes, mais qui réclament l'emploi de moyens plus énergiques, et qui résistent même souvent aux traitements les plus variés. »

Si pour accréditer un fait dans la science et faire accepter un mode nouveau de traitement par les praticiens, il suffisait d'une exposition parfaite, appuyée de faits concluants, je n'aurais pas eu l'idée de mentionner mes observations, bien moins importantes et moins concluantes que les vôtres, en faveur de l'emploi de la vaccination contre les nævi materni ; mais les faits ne sont acceptés ou remarqués qu'après une production réitérée, et les praticiens prudents ne se décident que lentement en faveur de l'emploi de moyens nouveaux.

Je m'estimerais heureux si je pouvais contribuer avec vous à faire connaître et à faire adopter ce moyen aussi simple que facile et efficace contre ces difformités toujours désagréables et quelquefois suivies d'accidents sérieux. HERGOTT, D. M. à Belfort,

Secrétaire de la Société médicale du Haut-Rhin.

DE L'EMPLOI DES SERRES-FLATES, OU DE LA SUTURE ENTORTILLÉE COMME MOYEN D'ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE QUI SUIT L'APPLICATION DES SANGSUES CHEZ LES ENFANTS.

Dans son travail sur « l'application des sangsues chez les enfants », M. Hervieux fait observer que le procédé indiqué par le docteur Lœwenhart, pour arrêter les écoulements rebelles des piqûres, pourrait être avantageusement remplacé par la suture entortillée. Ce moyen est précisément celui dont je me sers avec un succès constant depuis nombre d'années. L'idée m'en a, du reste, été fournie par la médecine vétérinaire qui ne fait pas autre chose pour la saignée des chevaux, et je fus un jour fort heureux de lui emprunter cette pratique dans une circonstance où toute autre ressource m'était interdite. Je me sers pour cela d'une épingle en acier fine et enduite d'un corps gras, que je fais passer

en dessous de la piqûre soulevée au moyen d'un pli fait à la peau et par-dessous laquelle j'enroule une ligature, dont le degré suffisant de constriction est marqué par l'arrêt de l'hémorrhagie. Cette petite opération, qui est à peine douloureuse, et dont l'appareil n'a rien d'incommode, oppose un obstacle invincible à la sortie du sang, et possède l'avantage de pouvoir être pratiquée sur toute la périphérie du corps.

Deux fois aussi il m'est arrivé de maintenir la piqûre comprimée entre les mors d'une pince à ligature, et je m'en suis très-bien trouvé ; mais ce moyen, qui est d'une exécution plus prompte, qui est plus facilement accepté par les parents, est, on le conçoit, d'une application moins étendue que le précédent. Cependant, les deux épreuves que j'en ai faites m'autorisent à le traiter avec plus d'indulgence que ne le fait M. Hervieux. Et je pense, d'ailleurs, qu'en le combinant avec la cautérisation, ou même avec les styptiques, on abrégerait son temps d'application, et on assurerait en outre l'action de ces derniers. Somme toute, il me semble qu'à part les cas où une bonne compression est praticable, ces deux moyens sont, parmi tous les autres, ceux qui offrent le plus de garantie pour arriver sûrement et promptement au résultat désiré.

Un de nos savants confrères, M. Delioux, a eu l'idée de remplacer la suture par l'emploi de serres-fines modifiées. L'action de ces *serres-plates* est facile à comprendre : comme elles peuvent être faites avec un fil d'acier, la pression qu'elles exercent doit triompher facilement de l'écoulement sanguin. Quoique je n'aie pas eu l'occasion de les expérimenter, puisqu'on les soumet immédiatement à mon appréciation, je n'hésite pas à appeler l'attention de nos confrères sur cette ingénieuse application de l'idée de M. Vidal (de Cassis).

J. Mellez, D. M.
à Raon-L'Etape.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'œil sur l'épidémie de choléra-morbus actuellement régnante. — Nous voici déjà assez loin du début de l'épidémie actuelle de choléra-morbus pour avoir notre opinion formée sur sa marche et ses caractères. Marche. lentement progressive, gravité peut-être un peu moindre que celle des épidémies précédentes, telles sont les deux propositions qui résument notre opinion à cet égard. Au fond, c'est toujours la même maladie, avec sa gravité toujours très-grande, et qui ne diffère de celle observée à d'autres époques que

par des caractères de second ordre. Ainsi les vomissements, les évacuations alvines offrent moins souvent leur aspect caractéristique, les crampes sont moins fréquentes, etc., etc. Mais à nos yeux cette épidémie a eu surtout ce grand résultat qu'elle a permis de résoudre de la manière la plus nette et la plus positive la question controversée de la diarrhée prodromique, et qu'elle a donné pleinement raison au système préservatif mis en œuvre par nos voisins, système dont l'idée mère appartient certainement à notre savant confrère en journalisme, M. J. Guérin.

N'est-ce pas en effet un grand résultat acquis à la pratique que ce fait reconnu et admis de tous aujourd'hui, que dans les trois quarts des cas au moins le choléra est annoncé par des prodromes et en particulier par de la diarrhée, que la durée de cette diarrhée est généralement assez longue, et permet par conséquent au médecin d'intervenir avec succès et en temps utile? Les invasions d'emblée existent, nous devons le reconnaître; mais ce sont des exceptions heureusement fort rares, et le fait général n'en reste pas moins avec son utilité et ses conséquences pratiques. L'épidémie actuelle offre même à ce dernier point de vue quelque chose de tout particulier, en ce sens que dans la plupart des cas de choléra graves ou suivis de mort, la diarrhée ne remontait pas à quelques heures, à un jour, mais bien à huit, dix jours et plus; de sorte que c'est par suite d'une incurie impardonnable que les malades ont couru les chances toujours si graves du choléra confirmé. Enfin, cette diarrhée elle-même n'a pas paru présenter, dans la plupart des cas, une grande résistance, et les moyens les plus simples en ont fait justice aisément dans les cas ordinaires.

La longue durée de la période algide, la lenteur et la difficulté de la réaction constitueraient, à ce qu'il paraît, les traits principaux de l'épidémie régnante; nous avons été frappé, en effet, de voir des malades parvenus au troisième et au quatrième jour du choléra confirmé, sans que la réaction fût entièrement établie. Mais ce qui aurait plus d'importance au point de vue de la gravité de la maladie, c'est l'absence, la rareté comparative des accidents réactionnels inflammatoires soit vers le cerveau, soit vers le poumon. Trop souvent, en effet, les malades ne sortent de la période algide que pour rencontrer, dans la période de réaction, des accidents plus redoutables encore; et si les choses continuent à se passer comme elles l'ont fait jusqu'ici, la rareté des phénomènes réactionnels sera certainement marquée par une diminution proportionnelle dans le nombre des victimes de l'épidémie.

Nous ne donnons, néanmoins, tous ces renseignements qu'avec réserve. L'épidémie en est encore à son début, et il serait téméraire d'af-

firmer qu'elle s'arrêtera en chemin. Espérons qu'il en sera ainsi ; mais s'il en était autrement, si elle venait à prendre des proportions plus vastes et plus redoutables, qui peut affirmer qu'elle n'éprouverait pas de transformation ?...

Des indications rationnelles dans le traitement du choléra-morbus. — En l'absence d'un traitement spécifique, il faut évidemment rationaliser autant que possible le traitement du choléra. Le grand fait de l'existence de la diarrhée prodromique met le traitement prophylactique sur un excellent terrain. Combattre le plus tôt possible et par les moyens les plus efficaces et les plus énergiques cette diarrhée, telle est certainement la base de la prophylaxie du choléra. Mais une fois que la maladie a débuté, ou plutôt qu'elle s'est confirmée, les indications changent avec les diverses périodes de cette maladie.

Dans la période phlegmorrhagique ou d'accroissement, il faut évidemment s'efforcer d'arrêter les évacuations abondantes, de calmer les troubles qui commencent à se montrer vers l'encéphale et vers l'appareil circulatoire. Il semble donc qu'à cette période on doit pouvoir tenter avec succès les stimulants internes et externes unis aux astringents.

Les indications sont bien autrement pressantes dans la période algide : il faut obtenir avant tout une réaction, c'est-à-dire un retour de la circulation et de la chaleur ; les meilleurs remèdes sont donc ceux par lesquels elle se fera avec plus de promptitude et de fixité. La médication stimulante paraît seule en mesure de satisfaire à cette indication. Quant à employer exclusivement une méthode astringente et stupéfiante, dans le but d'arrêter les évacuations séreuses trop abondantes, ce serait négliger la maladie pour un symptôme. A la vérité, les stimulants peuvent être de diverses natures, mais le concours de la stimulation est toujours indispensable.

La réaction obtenue, si elle est simple, c'est-à-dire exempte de toute complication inflammatoire ou autre, le rôle du médecin consiste à maintenir dans de justes bornes cette excitation, d'abord nécessaire, et à la ranimer si elle tend à faiblir avant que les troubles cholériques soient complétement effacés, à faire disparaître par des remèdes appropriés les diverses lésions locales ; enfin, si de nouvelles complications survenaient, à les combattre aussitôt. Les émissions sanguines, les révulsifs cutanés et les dérivations sur le tube digestif doivent trouver, dans cette période, une place qu'ils ne pouvaient avoir dans les autres périodes.

Telle est notre manière de comprendre le traitement rationnel du choléra : nous ne la donnons pas comme quelque chose d'absolu et d'ir-

éfragable ; mais, à part quelques points de détail, il y a une telle conformité entre les vues que nous venons d'exposer et celles qui se trouvent renfermées dans nos meilleurs auteurs, que nous croyons pouvoir les donner avec confiance comme l'expression de ce que l'observation a fourni de plus certain sur le traitement de cette affection : ce qui ne nous empêche pas de faire des vœux sincères pour la découverte d'un traitement spécifique ; car nous ne partagerons jamais l'opinion de Cullen « que les spécifiques sont la honte de la médecine », et nous pensons, au contraire, que celui qui découvrirait un pareil traitement rendrait à l'humanité un service non moins signalé que celui que Jenner lui a rendu au commencement de ce siècle par la découverte de la vaccine.

Du traitement de la diarrhée prodromique du choléra par l'emploi des acides. — Ce n'est pas une chose nouvelle que l'emploi des acides dans le traitement de la diarrhée, et l'on trouve dans les plus anciens auteurs l'emploi des acides végétaux, tels que l'acide acétique et l'acide citrique, figurant dans les prescriptions destinées à faire cesser les dérangements intestinaux ; toutefois, l'introduction des acides dans le traitement du choléra et de la diarrhée prodromique en particulier paraît remonter à 1832 et avoir été faite pour la première fois en Allemagne. M. W. Herapath a publié en effet, en 1851, l'analyse d'un remède secret expérimenté, à ce qu'il paraît, avec grand succès, en 1832 et en 1849, dans plusieurs provinces de l'Autriche, sur l'ordre du gouvernement, et qui contient un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique, dans les proportions suivantes :

Pr.	Acide sulfurique à 1,845. . . .	19	grains.
	Acide nitrique à 1,500.	12	—
	Sucre.	24	—
	Eau.	406,5	—
	Pour une once de liquide à 1,055. . .	461,5	grains.

Une cuillerée à café de cette mixture toutes les demi-heures dans quatre ou cinq cuillerées d'eau froide.

C'est en 1851 que plusieurs médecins anglais, MM. Griffith, Smith et Hunt, firent connaître pour la première fois l'emploi de l'acide sulfurique dilué contre la diarrhée ; mais c'est surtout M. Fuller, médecin de l'hôpital Saint-Georges, qui a recommandé, dans ces derniers temps, avec le plus de force cet acide pour triompher de la diarrhée prodromique du choléra. « Rien de plus remarquable, dit-il, que les effets de ce médicament. Quelquefois après la seconde dose, plus souvent

après la troisième et presque toujours après la quatrième, douce sensation de chaleur à l'épigastre ; les extrémités ne tardent pas à se réchauffer ; les nausées et les vomissements se suspendent, s'ils ne se sont déjà suspendus ; les évacuations diarrhéiques cessent, les crampes disparaissent, et la face reprend son aspect naturel. Le plus généralement, il s'établit une transpiration abondante et le malade s'endort d'un sommeil réparateur ; à son réveil, il conserve seulement un peu de faiblesse. Les autres symptômes éprouvent une amélioration analogue ; la langue se nettoie et devient humide ; les garderobes prennent une couleur plus naturelle et s'accompagnent d'un flux bilieux abondant ; le pouls reprend sa force et ses caractères normaux. » J'ai entre les mains, ajoute M. Fuller, des notes sur plus de quatre-vingt-dix cas dans lesquels j'ai employé cet acide avec succès. Quant au mode d'administration, il est très-simple : M. Fuller donne, toutes les vingt minutes et même plus souvent, suivant l'intensité des accidents, 2 grammes d'acide sulfurique étendu d'une suffisante quantité d'eau.

L'acide sulfurique a été recommandé plus récemment par M. Sproston, qui aurait traité ainsi, sans échouer une seule fois, plus de cent cinquante cas de diarrhée, et principalement de diarrhée chez les enfants, dont plusieurs fort graves, c'est-à-dire avec vomissements, super-purgations, collapsus, coloration bleue de la peau, refroidissement des extrémités, etc. Ce médecin donne la mixture suivante :

Pr.	Acide sulfurique dilué.........	8 grammes.
	Sirop de framboises...........	12 grammes.
	Acétate liquide d'ammoniaque...	60 grammes.
	Eau distillée de menthe.........	165 grammes.

Deux cuillerées à bouche de cette mixture après chaque évacuation diarrhéique.

Enfin, il y a quelques jours, un médecin distingué des départements, M. le docteur Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, a consigné dans la Gazette des Hôpitaux les résultats de sa pratique, relativement à l'emploi de l'acide sulfurique dilué contre la diarrhée et la cholérine, voire même contre le choléra-morbus. D'après ce médecin, l'acide sulfurique dilué, donné seul dans la diarrhée passive, supprimerait le plus souvent la diarrhée dans un espace de temps qui varie de deux à huit jours ; dans la cholérine et dans le choléra sporadique, l'acide sulfurique dilué, employé seul, ferait cesser les vomissements à la sixième cuillerée ; les crampes persisteraient pendant douze heures environ, et la période algide serait fort longue ; tandis qu'en joignant à cet acide les bains salés (500 grammes de sel

par décalitre d'eau), les crampes disparaîtraient en quatre minutes et les vomissements céderaient à la quatrième cuillerée. D'après M. Lepetit, la dose d'acide sulfurique donnée par les médecins anglais serait trop faible, et on pourrait donner jusqu'à 20 grammes d'acide sulfurique dilué dans 250 grammes d'eau. Effectivement, ce médecin prescrit aux enfants, suivant l'âge, de 2 à 12 grammes d'acide sulfurique dilué, de 0,35 à 1,75 d'acide sulfurique médicinal, dans 115 à 250 grammes d'eau, avec quantité suffisante de sucre, deux cuillerées à café toutes les deux heures; et, chez l'adulte, de 12 à 20 grammes d'acide sulfurique dilué, de 1,75 à 2,75 d'acide sulfurique médicinal, également avec quantité suffisante de sucre, dans 250 grammes d'eau distillée; deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Mais ce n'est pas seulement l'acide sulfurique qui a été recommandé contre la diarrhée prodromique. L'acide nitrique, l'acide nitreux ont trouvé des partisans. Ainsi M. Mahoney a donné la formule suivante :

Pr. Acide nitrique dilué .... 8 grammes.
Mixture de camphre .... 240 grammes.
Teinture d'opium .... 4 grammes.

Deux cuillerées à bouche de cette mixture toutes les trois heures.

M. Whiteman préfère, au contraire, l'acide nitreux, qu'il prescrit comme suit :

Pr. Acide nitreux fumant à 1,212. de 2 à 4 grammes.
Eau distillée aromatique...... de 120 à 180 grammes.

L'acide est en quantité plus ou moins grande suivant l'intensité des accidents; et suivant les cas, M. Whiteman ajoute encore :

Teinture d'opium..... 40 gouttes.

Cette mixture est administrée par quart, chez un adulte, toutes les deux, trois ou quatre heures, dans une tasse de gruau léger et presque froid. Si la première dose est vomie, on y revient dix minutes après, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle soit conservée et la diarrhée arrêtée. M. Whiteman recommande de ne prendre d'aliment ou de boisson qu'une demi-heure après l'ingestion de l'acide. A l'aide de ce traitement, M. Whiteman aurait guéri parfaitement plus de cinq cents diarrhées.

Enfin, plusieurs médecins ont proposé de mélanger les acides ; ainsi, M. Anderson a recommandé la formule suivante, qui rappelle le remède autrichien :

Pr. Acide sulfurique dilué........ 8 grammes.
— nitrique dilué......... 4 grammes.
Mixture quelconque......... 180 grammes.

Deux cuillerées à bouche toutes les deux heures, dans une tasse d'un

liquide quelconque ; et M. Tucker mélange l'acide nitrique et l'acide chlorhydrique, comme suit :

Pr.	Acide chlorhydrique dilué.............	4 gram.
	Acide nitrique dilué....................	4 gram.
	Teinture composée de cardamome.........	16 gram.
	Infusion composée de gentiane............	165 gram.

A prendre par quart, trois fois par jour.

M. Tucker recommande aussi cette mixture contre les diarrhées rebelles qui persistent, le choléra terminé.

Un concert si unanime de témoignages en faveur de l'emploi des acides dans la diarrhée prodromique du choléra nous faisait un devoir de nous assurer par nous-mêmes de l'efficacité de ce traitement, et nous avons prié notre collaborateur, M. Aran, de vouloir bien traiter ainsi quelques-unes des diarrhées, si communes en ce moment. C'est l'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé) qui a été employée par notre collaborateur, comme étant plus agréable et plus facile à prendre. La dose a varié, suivant les cas, entre 5 et 20 grammes de cette mixture dans 125 grammes d'une eau aromatique quelconque. La potion était prise de quart d'heure en quart d'heure par cuillerée à café, dans une petite tasse de tisane froide. Tous les malades sans exception, au nombre de quatre, ont pris cette boisson sans difficulté et sans répugnance, et, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, la diarrhée était, sinon arrêtée chez tous, au moins ramenée à des proportions très-modérées. La dose d'acide sulfurique prise dans les vingt-quatre heures a donc varié de 1 gr. 25 à 5 gr. En présence de ces faits, nous sommes par conséquent disposés à recommander, dans le traitement de la diarrhée prodromique, les acides dilués : nous disons les acides, car, dans notre opinion, il ne doit y avoir aucune différence entre les effets obtenus des divers acides employés ; et si nous penchons vers l'acide sulfurique, c'est que c'est celui dont le goût est le plus agréable et que les malades ingèrent avec le plus de facilité.

Bons effets de l'ipécacuanha dans la période phlegmorrhagique du choléra-morbus. — Pour ceux qui connaissent les effets si remarquables de l'ipécacuanha en poudre sur les flux diarrhéiques et dyssentériques, ce ne sera certainement leur apprendre rien de nouveau que de leur signaler les avantages de l'emploi de ce médicament dans la période phlegmorrhagique du choléra-morbus, et dans la période algide encore peu prononcée et non encore accompagnée d'une dépression considérable du pouls. Déjà, dans l'épidémie de 1832, M. Martin-Solon en avait obtenu de beaux succès. Dans l'épidémie

de 1849 et dans l'épidémie actuelle, nous avons vu M. Briquet en faire un très-grand usage. L'ipécacuanha est en effet le médicament qui, par ses propriétés, atteint le mieux le but que l'on doit se proposer dans cette période, et celui qui entraîne le moins d'inconvénients dans le cas où il reste inefficace.

M. Briquet préfère donner l'ipécacuanha en poudre que de toute autre manière, parce que sous cette forme il détermine plus rapidement et plus sûrement la secousse nécessaire. La dose est de 2 grammes de poudre en quatre paquets, un toutes les demi-heures. Pour aider l'action du médicament, on fait boire, dans l'intervalle des prises, de l'eau tiède et des boissons théiformes très-chaudes. Lorsque l'ipécacuanha a produit son effet et que la réaction commence à se faire, ce qui arrive, en général, s'il réussit, au bout de trois à huit heures, on aide cette réaction par l'emploi continu des boissons aromatiques.

La dose et le mode d'administration sont les mêmes dans la période algide; mais, d'une part, M. Briquet n'administre jamais ce médicament dans le cas de phénomènes algides très-intenses et déjà anciens, ou à des sujets considérablement épuisés ou chétifs ; et, d'autre part, il en favorise l'action par quelques moyens excitants plus ou moins énergiques. Dans le cas où l'on n'a pas obtenu un résultat satisfaisant, on peut revenir une seconde fois au médicament.

En général, après la production des vomissements, il survient une dépression considérable qui dépasse le degré de dépression produit par le choléra ; le pouls peut s'affaiblir, la voix s'altérer, ainsi que la face, et le malade peut tomber dans une espèce d'état syncopal où il succombe. Mais, le plus souvent, ce moment de dépression est bientôt suivi, dans l'espace de trois à six heures en général, d'une réaction forte et suffisante. En général, également sous l'influence du médicament, la susceptibilité de l'estomac se modifie, et les vomissements diminuent, s'ils ne se suspendent pas tout à fait.

---

[1] *Traitement du choléra-morbus confirmé par le chlorure de sodium.* — Comme on vient de le voir, ce ne sont pas les traitements qui font défaut, et même les traitements efficaces, dans la période prodromique ; mais lorsque, soit parce qu'elle a été traitée incomplétement, soit parce qu'elle a résisté aux moyens thérapeutiques employés, la diarrhée prodromique a dégénéré en véritable choléra, ou bien enfin lorsque le choléra a débuté d'emblée, chose heureusement fort exceptionnelle, quel traitement employer? En exposant plus haut ce que nous croyons être les indications rationnelles du choléra, nous avons plutôt exposé les *desiderata* de la science que des résultats obtenus et

surtout faciles à obtenir. Rien de plus naturel que de chercher à suspendre la diarrhée et les vomissements qui paraissent la cause principale de la dépression profonde dans laquelle se trouvent les malades ; rien de plus naturel que de chercher à ranimer par les moyens les plus stimulants les forces et la vie qui s'éteignent, que de chercher à rendre au corps la chaleur vitale qu'il a perdue ; mais malheureusement rien de plus difficile à remplir que ces indications. Trop souvent les antidiarrhéiques et les antiémétiques ajoutent à l'activité des vomissements et des évacuations diarrhéiques, les stimulants intérieurs, les calorifiants extérieurs ne produisent qu'une ranimation factice et peu durable, qui achève d'épuiser le système nerveux. C'est ce qui a donné lieu à tous ces traitements dans lesquels on emploie, d'après des vues chimiques ou seulement d'une manière empirique, les moyens les plus variés.

Parmi ces traitements il en est un, le traitement salin, qui avait donné en 1832, entre les mains de M. Stevens, et plus tard, en 1849, entre celles de M. Gavin Milvoy, qui l'a modifié, des résultats favorables, résultats dont nous avons été nous-même témoin à la même époque dans les hôpitaux de Paris. C'est ce traitement que notre collaborateur, M. Aran, a mis en usage à l'Hôtel-Dieu, après avoir eu recours avec peu de succès, à ce qu'il paraît, aux moyens généralement recommandés, tels que les moyens réchauffants externes et en particulier les bains d'air chaud, les boissons stimulantes chaudes et frappées de glace, l'eau de Seltz, le sous-nitrate de bismuth et l'opium à l'intérieur, la créosote et les lavements additionnés de laudanum, de nitrate d'argent et de teinture d'iode. Ces derniers, préparés suivant la formule de M. Delioux, paraissent cependant avoir rendu plusieurs fois de bons services.

Voici, en définitive, le traitement auquel M. Aran s'est arrêté pour le choléra arrivé à la période phlegmorrhagique et surtout à la période algide :

Deux potions, contenant chacune 50 grammes de chlorure de sodium dissous dans de l'eau distillée, légèrement aromatisée, une pour le jour, l'autre pour la nuit, à prendre par cuillerée à café, toutes les cinq ou dix minutes, en faisant suivre chaque cuillerée de potion d'un petit morceau de glace.

Pas de boissons.

Lavements contenant chacun une cuillerée à bouche de chlorure de sodium.

Le nombre de ces lavements est proportionné à l'intensité des cas, et certains malades, très-gravement atteints, en ont pris un toutes les deux heures.

Pas d'autre moyen réchauffant que des bouteilles d'eau chaude disposées le long du corps des malades, en ayant bien soin de les empêcher de se découvrir ; et, chez ceux qui accusaient une sensation trop vive de constriction et de poids à la région épigastrique, l'application du marteau Mayor à la région épigastrique seulement, ou dans ce point et sous le rebord des fausses-côtes.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements et les évacuations alvines se calmeraient peu à peu ; les évacuations alvines deviendraient plus colorées et plus consistantes; la réaction s'établirait d'une manière lente et progressive, sans aucune complication inflammatoire. La diarrhée seule persisterait et nécessiterait l'emploi, pendant plusieurs jours, de lavements au chlorure de sodium. M. Aran nous a dit même avoir réussi avec les lavements à arrêter des diarrhées persistantes, consécutives au choléra, et qui avaient résisté à beaucoup d'autres traitements, et en particulier aux lavements de nitrate d'argent ou de teinture d'iode.

Quant aux résultats de ce traitement, voici quels ils ont été : 13 malades ont été soumis à ce traitement, 8 venant du dehors, et 5 qui avaient été frappés du choléra dans l'hôpital. Des 8 malades venant du dehors, 5 ont guéri, 2 ont succombé; des 5 malades pris dans l'intérieur, 3 ont guéri, 2 ont succombé; en somme, 9 guérisons et 4 décès, ou 30 pour 100 ; et tous ces malades étaient dans un état fort grave, plusieurs même dans un état des plus alarmants. Ce résultat est assez remarquable, comparé à celui qu'a donné le traitement ordinaire, puisque, sur 25 cholériques traités à cette période, M. Aran n'en a pas perdu moins de 11, ou 44 pour 100.

Chute du rectum datant de l'enfance, traitée par l'excitation électrique localisée dans le sphincter anal. — En publiant la note de M. Duchaussoy sur l'emploi de la strychnine dans les cas de chute du rectum chez les enfants (p. 158), nous avons promis à nos lecteurs de mettre sous leurs yeux les résultats d'une nouvelle tentative de l'application de l'électricité. Voici cette observation, qui n'est pas encore complète.

Un homme d'environ quarante ans est admis, dans le courant de juillet dernier, salle Saint-Jean, n° 16, pour une chute du rectum compliquée d'un flux dyssentérique. Il raconte qu'affecté de cette procidence de la muqueuse anale depuis son enfance, il souffrait peu de son infirmité, lorsqu'il y a un an, il fut atteint, en Afrique, d'une dyssenterie. Cette maladie, qui, on le sait, laisse souvent à sa suite une paralysie des muscles de la région anale, aggrava son infirmité, et, à

dater de cette époque, la chute du rectum devint tellement douloureuse qu'il dut revenir en France. Le changement de climat ne mit pas fin aux accidents hémorrhagiques ; il dut, à son arrivée à Paris, entrer à l'Hôtel-Dieu. Un traitement bien ordonné ne tarda pas à triompher des pertes de sang, mais la chute du rectum persista et lui occasionnait toujours des douleurs assez vives. Le sphincter anal était relâché au point qu'une portion du rectum faisait un bourrelet permanent, et qu'il suffisait du moindre effort du malade, comme celui de tousser, pour faire sortir immédiatement une grande portion de muqueuse.

Témoin des effets remarquables de l'excitation électrique localisée sur la contractilité tonique des muscles, M. Ph. Boyer pria M. Duchenne d'en tenter l'essai sur ce malade. Son emploi devait triompher de l'état de paralysie des muscles de la région, et principalement du sphincter. M. Duchenne introduisit un excitateur métallique de forme olivaire dans l'anus, et ferma le courant en plaçant un excitateur humide (l'éponge) sur le périnée. Les excitateurs posés, il fit passer un courant à intermittences rapides de son appareil gradué à son maximum pendant huit à dix minutes. Aussitôt cette opération terminée, la muqueuse rectale ne sortit plus, quelque effort que fît le malade pour provoquer sa chute. Dans la journée il se présenta plusieurs fois à la garderobe, mais la résistance qu'il éprouvait dans la région anale ne lui permit point d'aller à la selle. L'électrisation fut répétée chaque matin, de la même façon, et au bout de quelque temps, lorsqu'on introduisait le doigt dans le rectum, on le sentait fortement serré par le sphincter. Cette application nouvelle des effets thérapeutiques de l'électrisation était suivie avec intérêt, lorsque, le dixième jour, le malade fut rappelé chez lui par des affaires de famille et quitta l'hôpital, promettant de revenir donner de ses nouvelles. Il n'en a rien été. Cet homme, comme cela arrive trop souvent, ne s'est point représenté ; aussi, malgré l'intérêt que présentait cet essai, nous ne l'aurions pas signalé encore, si M. Duchaussoy ne venait de renouveler cette tentative avec succès. Du reste, ce résultat de l'excitation électrique sur la contractilité tonique du sphincter n'est qu'une application de l'influence thérapeutique des courants électriques à intermittences rapides, dont nous avons signalé de nombreux exemples dans les cas de contracture du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate. Cette action élective de ce mode d'administration de l'électricité nous permet de prédire que les mêmes résultats seront observés dans les cas de chute du rectum.

Ce traitement serait-il applicable aux cas dans lesquels la muqueuse

rectale est épaissie et constitue un bourrelet considérable? L'accident ne l'emporte-t-il pas alors sur la maladie, et cette nouvelle ressource ne s'applique-t-elle pas seulement aux cas de chutes récentes? Ce sont des questions que le temps et l'expérimentation permettront seuls de résoudre. Si le succès se faisait attendre, on pourrait ajouter à l'action de l'électricité l'emploi de la noix vomique, ou l'usage d'un bandage ayant pour pièce principale une pelote ovale destinée à presser sur l'anus. Cette sorte de compression continue nous a suffi, dans un cas de chute du rectum peu ancienne, pour opérer la guérison de la malade.

Ongle incarné. — Extirpation. — Emploi de la glace. — L'ongle incarné est une affection qui est combattue encore de bien des manières. Sur le même malade, qui avait deux ongles incarnés, M. Velpeau a attaqué l'un par la cautérisation au nitrate d'argent puis arraché l'autre. La cautérisation est très-douloureuse, si douloureuse, que le jeune homme qui portait ces deux ongles incarnés demandait l'arrachement. La cautérisation encore guérit plus lentement, et d'une manière moins certaine. Somme toute, suivant ce chirurgien, il vaut mieux pratiquer l'extirpation. Pour cette opération, qui est une des plus douloureuses que la chirurgie ait à pratiquer, on a recours à l'usage du chloroforme. M. Velpeau préfère recourir à un mélange réfrigérant, composé d'une partie de glace bien pilée, et de deux parties de sel marin. Il applique cette glace et ce sel, bien mélangés, sur l'orteil dont il veut enlever l'ongle; au bout de une à deux minutes, la partie est gelée, l'insensibilité est complète, et l'opération est pratiquée sans que le patient ressente la moindre douleur. On a ainsi les avantages du chloroforme, sans faire courir aux malades aucun danger.

Phimosis. — Opération. — Incision du prépuce. — M. Velpeau, depuis quelque temps déjà, semble avoir abandonné la circoncision, pour en revenir à une méthode bien ancienne, qui a été trop calomniée. Il se borne à fendre le prépuce, mais il le divise à la partie inférieure de la verge, près du frein. Et si, quand l'incision a été faite, le frein retient encore le prépuce, il le coupe. Pour pratiquer cette opération, il fait tendre le prépuce en avant par un aide, puis il engage profondément la sonde cannelée entre le prépuce et le gland, jusqu'à la base du frein. Arrivé là, il fait saillir le bec de la sonde, puis, avec un bistouri bien pointu, bien tranchant, il glisse sur la sonde cannelée, et incise les téguments. A l'aide de quelques serres-fines, il obtient la réunion immédiate des deux petites plaies du prépuce. Ce procédé est bien plus simple, bien plus facile que la circoncision. Il

ne demande pas d'instrument spécial. Quatre fois, cette année, il l'a mis en usage, et quatre fois il a montré à sa clinique que cette opération donnait un excellent résultat. Sans blâmer absolument la circoncision, M. Velpeau a montré que l'on avait trop blâmé la simple incision du prépuce dans le traitement du phimosis, surtout quand l'incision est pratiquée à la partie inférieure. Il ne reste pas, après l'opération, cette difformité, ces espèces de lambeaux flottants, que l'on a à craindre seulement lorsque l'incision du prépuce est pratiquée sur la fac e drsale de la verge.

VARIÉTÉS.

—

Grâce aux rigueurs de la saison, le choléra est entré, Dieu merci, dans une période de décroissance des plus évidentes ; mais au milieu de cette décroissance, on suit encore l'influence de la plus légère élévation de température. Il semble que l'abaissement du chiffre des cholériques suive régulièrement l'abaissement du thermomètre. De quarante à cinquante cas signalés chaque jour dans les hôpitaux au commencement de décembre, l'épidémie est descendue peu à peu à une vingtaine; et le 24 et le 25 décembre, jours où la température s'est abaissée à 12° au-dessous de zéro, l'épidémie est tombée à treize et à sept. Le chiffre des décès a suivi la même progression descendante, et il est tombé à quatorze le 24 décembre. Néanmoins, le chiffre total des décès s'élevait déjà, le 24 décembre, à 397 pour les hôpitaux et hospices sur 904 cas, et, au 19 décembre, on comptait déjà 251 décès cholériques à domicile. Il y a donc beaucoup à craindre que lorsque la température commencera à s'élever, l'épidémie n'acquière de nouvelles forces et ne fasse de nombreuses victimes. Mais les épidémies déjouent si souvent les prévisions les mieux fondées en apparence, qu'il nous est bien permis d'espérer que ces tristes prévisions ne se réaliseront pas.

Dans tous les autres pays de l'Europe, l'épidémie semble du reste également en décroissance très-marquée, et à Londres même, dans les deux dernières semaines, on n'a compté que 11 et 13 décès cholériques. A Berlin, à Stockholm, l'epidémie peut être considérée comme terminée.

L'administration de l'assistance publique vient de transformer la ferme Sainte-Anne et une partie de l'hôpital de La Riboissière en asiles de convalescence pour les cholériques des hôpitaux.

L'Académie de médecine a élu son Bureau pour 1854. Sont nommés : *Président*, M. Naequart ; *vice-président*, M. Jobert (de Lamballe) ; *secrétaire*, M. Gibert ; *membres du Conseil*, MM. Jobert, Bégin et Soubeiran.

A la sui e d'un brillant concours, M. Jarjavay, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté, en remplacement de M. Gosselin, dont les fonctions ont expiré cette année.

L'Académie chirurgicale de Madrid avait mis au concours, pour 1853, la question suivante : « Du traitement curatif des hernies. » Le prix vient d'être décerné à M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'exemple donné l'an dernier par la Société hydrologique du Midi a déjà porté ses fruits : une Société semblable vient de se constituer à Paris. Dans un discours très-remarquable, M. le docteur Durand-Fardel a indiqué le but qu'elle poursuivait, les moyens qu'elle voulait mettre en œuvre, les résultats qu'elle espérait obtenir. La question qui doit être traitée dans la première séance montre l'influence que la Société nouvelle est appelée à avoir sur l'avenir de la médication thermale. Le sujet de cette conférence est : « Des piscines et des ressources qu'elles peuvent offrir dans les établissements thermaux ; proposition d'un projet de loi relatif à une organisation générale des eaux minérales. » Le Comité d'hygiène ayant été chargé par le gouvernement de préparer ce projet de loi, M. Magendie, président du Comité d'hygiène, et M. Mélier, président de la Société d'hydrologie, ont pensé que celle-ci ne pouvait mieux inaugurer ses travaux qu'en cherchant à éclairer cette question importante et difficile.

Le Bureau de la Société d'hydrologie médicale de Paris est composé ainsi qu'il suit : *président*, M. Mélier ; *vice-président*, M. Patissier ; *secrétaire général*, M. Durand-Fardel ; *secrétaire des procès-verbaux*, M. Lebret ; *trésorier*, M. de Laurès. La Société tient ses séances à la Faculté de médecine.

M. le ministre de la guerre, par un arrêté que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs, vient d'étendre et de régulariser une institution qui fonctionne déjà depuis plusieurs années dans notre colonie d'Afrique. Les médecins de colonisation, tout en assurant aux populations rurales l'assistance médicale, sont appelés à concourir à l'élucidation d'une grande et vaste question : celle de l'acclimatement. Voici cet arrêté :

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, dit l'arrêté, sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale, fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif, arrêté par le gouverneur général de l'Algérie, détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, et aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même, dans son ensemble, que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu, sans bande ni passe-poil.

Les médecins de colonisation sont tenus :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription;

2° De tenir, au lieu de leur résidence, à jours et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

3° De propager la vaccine ;

4° D'exécuter gratuitement, au lieu de leur résidenee, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades de constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait, chaque année, une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante*, quant à présent.

M. Elie de Beaumont est appelé à recueillir la lourde succession de M. Arago, comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, pour la section des sciences mathématiques.

Les concours pour les prix et pour la nomination des élèves internes ont donné les résultats suivants : *Internes de* 3e *et* 4e *année, premier prix* (médaille d'or), M. Laboulbène; *accessit* (médaille d'argent), M. Blayn; *mentions*, MM. Dumesnil et Bauchet. *Internes de* 1re *et* 2e *année, premier prix*, M. Marcé; *accessit*, M. Titon; *mentions*, MM. Dumont-Pallier, Masson. *Prix des externes, premier prix* : M. Baillon; *deuxième prix*, M. Gabriac; *mentions*, MM. Millard, Liégeois.

Sont nommés internes dans l'ordre suivant, pour entrer en fonctions au 1er janvier 1854 : MM. Baillon, Gabriac, Millard, Liégeois, Bonfils, Guyon, Kœchlin, Lorut, Letellier, Besnier, Mirlin, Moysant, Robinet, Defoville, Warmont, Nidau-Deseslers, Godart, Provent, Gombault, Decès, André, Binet, Blachez, Fremineau, Lallemant, Luys, Chairon, Lhonneur, Parisot, Pillon, Bertholle, Labbé, Ravin, Tassel, Joseph, Dewalz, Voisin, Basset.

Voici les mutations qui auront lieu au 1er janvier dans le personnel des hôpitaux de Paris : De Beaujon, MM. Sandras et Legroux passent à l'Hôtel-Dieu, et sont remplacés par MM. Béhier et Bouley. MM. Hervez de Chégoin, Horteloup, Pelletan, Tardieu, Legendre, Pidoux, passent à La Riboissière. Des Incurables, M. Duplay passe à Bicêtre. MM. Barthez, Becquerel, Bourdon, passent à Saint-Antoine; M. Vernois, à Necker; MM. Bouchut, Aran, Hérard, à Sainte-Marguerite; M. Bernutz, à Lourcine; M. Gubler, aux Nourrices; M. Oulmont, à Larochefoucauld ; M. Hillairet, aux Incurables (hommes).

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUARANTE-CINQUIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE CINQUIÈME.

